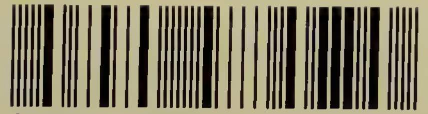

LIBRARY


LONDON · SCHOOL · OF · HYGIENE · AND · TROPICAL · MEDICINE ·



LADRERIE OU CYSTICERCOSE

Chez l'Homme

LADRERIE OU CYSTICERCOSE

CHEZ L'HOMME

PAR

Mademoiselle ÉLISE VOLOVATZ

Docteur en médecine de la Faculté de Paris,
Ancienne externe des Hôpitaux,
Médaille de bronze de l'Assistance publique.

Avec 9 figures dans le texte.





PARIS
SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES ET LITTÉRAIRES
F. R. DE RUDEVAL ET Cie
4, RUE ANTOINE DUBOIS (VIe)

—

1902


LONDON SCHOOL OF HYGIENE
LIBRARY
-8 DEC 1949

A Monsieur Léopold GOLDSCHMIDT



Je dédie ce présent travail comme l'expression de mon respectueux hommage.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

M. LE PROFESSEUR R. BLANCHARD

Membre de l'Académie de Médecine,
Professeur à la Faculté de Médecine,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Secrétaire général honoraire de la Société Zoologique de France,
Président de la Société française d'histoire de la médecine.

Vous avez bien voulu, cher Maître, vous intéresser à cette étude, encourager mes efforts et prendre une part active à mon travail, en me donnant l'appui de vos conseils et de votre haute compétence. C'était m'accorder une grande confiance que de m'appeler à soutenir vos idées sur le sujet que je me suis efforcée de traiter avec clarté; c'était aussi me témoigner une très grande sympathie dont je garderai le souvenir très sincère et la reconnaissance la plus vive.

INTRODUCTION

La ladrerie ou cysticercose de l'Homme est une affection encore assez peu connue, bien qu'elle ait été déjà l'objet de nombreuses observations et de publications diverses dans tous les pays d'Europe et surtout en Allemagne.

Il n'existe pas en France, à proprement parler, de travail d'ensemble où l'étiologie, la symptomatologie, la marche, la prophylaxie et le traitement de cette maladie soient exposés avec le caractère scientifique que nous exigeons maintenant. En effet, les thèses parues en France, et notamment celles de Viry (1867), de Boyron (1876), de Pellot (1880), de Hanus (1896) et de Gabory (1897), ne traitent que de la ladrerie localisée et siégeant dans l'œil, dans le cerveau, dans le tissu cellulaire, etc. Il nous a donc paru utile de combler cette lacune et d'écrire une monographie de cette maladie.

L'idée de ce travail nous a été suggérée, voilà deux ans, par notre maître M. le Dr Achard, médecin des hôpitaux et agrégé à la Faculté de médecine, dans le service duquel, à l'hôpital Tenon, il nous a été donné d'observer, chez une femme, un cas fort intéressant de ladrerie généralisée. Nous ne saurions remercier trop vivement M. Achard, dont nous avons eu l'honneur d'être l'externe, pour toutes les marques d'affection qu'il nous a témoignées et pour la sollicitude avec laquelle il a suivi l'exécution de notre travail.

Nous ne consacrons qu'un petit nombre de pages à l'histoire naturelle du Cysticerque : à ce point de vue, le parasite a été décrit d'une façon si complète et si magistrale dans le remarquable *Traité de Zoologie médicale* de M. le Professeur R. Blanchard, qu'il nous

eût été particulièrement difficile d'y ajouter rien de nouveau ou d'intéressant. Nous avons eu pour but principal d'exposer les questions qui intéressent davantage le médecin et l'hygiéniste, c'est-à-dire, d'étudier les manifestations cliniques par lesquelles le Cysticerque révèle sa présence.

En effet, grand a été notre étonnement, quand, après avoir reconnu la fréquence relative de la ladrerie et le grand nombre d'observations qui en ont été publiées, nous avons constaté que les divers traités de médecine la passaient entièrement sous silence ou n'en faisaient qu'une étude des plus sommaires, et que, dans les cliniques, le diagnostic en était généralement méconnu. La cysticercose cérébrale, en particulier, est assez répandue : or, il est assez curieux de voir qu'on ne la diagnostique pour ainsi dire jamais ; on la confond avec des tumeurs diverses, avec la tuberculose, les gommes syphilitiques, etc.

Désormais, pensons-nous, l'attention devra être attirée davantage sur cette affection parasitaire. Il ne s'agit pas d'une simple question de diagnostic ; mais de l'exactitude de celui-ci découlent des notions pronostiques de la plus haute importance, ainsi que des considérations très utiles au point de vue de la prophylaxie : la maladie étant mieux connue, on pourra restreindre sa fréquence par la simple application de mesures d'hygiène.

Avant d'aborder notre sujet, qu'il nous soit permis de remercier les maîtres qui ont contribué à notre instruction médicale, non seulement en hommes de science et en praticiens, mais aussi en nous accordant leur sollicitude encourageante. Nous devons citer tout d'abord M. le Dr Paul Segond, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux : en 1899, nous avons été attachée à son service en qualité d'externe ; nous avons puisé auprès de lui les meilleurs principes de la chirurgie et de la gynécologie, en même temps qu'il nous donnait des marques de sa sincère et simple bonté.

Nous gardons aussi un souvenir reconnaissant à M. le Dr P. Sébileau, qui a guidé avec la plus aimable bienveillance nos premiers pas en médecine ; à M. le professeur Grancher et à M. le Dr Jacquet, dont nous avons aussi été l'externe ; à MM. Chauffard, Quénu, Launois, Florand, Potherat et Bouglé, qui furent tous pour nous d'excellents maîtres.

Dans le laboratoire de M. le professeur R. Blanchard, nous avons

trouvé le plus sympathique accueil auprès de MM. les Drs Guiart, agrégé, et Neveu-Lemaire, préparateur, qui nous ont prêté leur aide dans plusieurs recherches bibliographiques et nous ont fait profiter de leur grand savoir en parasitologie. Mlle J. Charlot, dessinatrice du laboratoire, nous a prêté le concours de son grand talent artistique : c'est à elle que nous devons toutes les figures qui ornent notre travail ; nous lui adressons ici l'expression de notre meilleure reconnaissance.

Nous adressons nos remerciements à Mlle Zorka Pétrovitch, de l'Association Polytechnique, pour des renseignements bibliographiques qui nous ont été d'une grande utilité.

Nous exprimons aussi nos plus vifs remerciements à M. le Dr Dartigues, ancien interne des hôpitaux. Il a été pour nous, en toute circonstance, un ami sûr, en même temps qu'un guide précieux et dévoué, aux heures où notre courage aurait pu fléchir devant l'aridité de notre tâche.

LADRERIE OU CYSTICERCOSE CHEZ L'HOMME

CHAPITRE PREMIER

DÉFINITION

On entend par *ladrerie* ou *cysticercose* la présence des Cysticerques dans les tissus de l'Homme ou des animaux. Les Cysticerques sont des êtres vivants qui représentent l'état larvaire des Cestodes ou Vers rubanés et en particulier du *Tænia solium*.

Le terme de ladrerie [1] est fort ancien. Chez les Grecs, on appelait ainsi l'éléphantiasis; au Moyen-Age, le mot ladrerie était synonyme de lèpre. Quant à la ladrerie véritable, due à l'infection de l'organisme par le Cysticerque, les Grecs la nommaient *chalaziasis*.

Le nom de ladrerie, tel que nous le comprenons actuellement, a été employé dès le xviie siècle en Italie pour désigner la cysticercose des muscles du Porc.

Vers la même époque on trouve aussi dans les auteurs français les termes de *ladrerie* et de *maladrerie*.

Dans le cours de ce travail nous emploierons de préférence le terme plus exact et plus expressif de *cysticercose*, dont l'étymologie montre nettement la nature de la maladie parasitaire qui va nous occuper.

La cysticercose peut se présenter sous différents aspects. Elle est

(1) Du grec λαιδρὸς, difforme.

généralisée, quand les Cysticerques se sont répandus dans l'économie presque entière: elle est localisée quand les parasites ne s'observent que dans un seul organe ou dans un petit nombre d'organes.

Certains auteurs ont voulu étendre le terme de *ladrerie* aux maladies produites par les Hydatides ou Echinocoques, par les Cœnures, etc. Mais une pareille terminologie ne peut que causer de regrettables confusions : il faut donc réserver les noms de *ladrerie* et de *cysticercose* à l'infection due à la larve du *Tænia solium*, le *Cysticercus cellulosæ* Rudolphi, 1809.

CHAPITRE II

HISTORIQUE

IDÉES DES ANCIENS SUR LA LADRERIE OU CYSTICERCOSE

Cette maladie est connue depuis la plus haute antiquité. Les lois égyptiennes et mosaïques en font déjà mention; les Egyptiens connaissaient même la ladrerie du Bœuf, comme nous l'apprend Hérodote.

Aristophane, qui écrivait 450 ans avant J.-C., parle non seulement de la ladrerie du Porc, mais nous fait encore connaître la pratique du langueyage. Il en est question dans sa comédie des *Chevaliers* : pendant la dispute d'Agoracrite et de Cléon, un esclave intervient en disant; « Eh, par Jupiter, enfonçons-lui un pieu dans la gueule, à la façon des cuisiniers, et puis, tirant fortement sa langue au dehors, nous examinerons à l'aise et bravement, par l'ouverture béante de son fondement, s'il est grêlé. »

Aristote, dans son *Histoire des animaux*, parle aussi de la ladrerie; il prétend que, de tous les animaux connus, le Porc y est seul sujet. Il parle de vésicules, analogues à des grêlons (χάλαζαι); il en ignore la nature, mais note qu'elles ne se rencontrent jamais chez les jeunes Porcs à la mamelle, tant que le lait est leur unique aliment.

La ladrerie du Porc fut également décrite par Oribase et connue de Pline, Didyme, Arétée, Archigène, Androsthène, Rufus, etc.

Dans les *Propos de table* de Plutarque, on peut lire, dans la vieille traduction d'Amyot : « il semble que les Juifs abominaient la chaire de Porc, pourtant que les barbares ont fort à contre-cœur et haïssent merveilleusement entre autres maladies la lèpre, le mal de Saint-Main, etc. ».

Les Hébreux n'étaient d'ailleurs pas les seuls Asiatiques à

redouter la viande de Porc par crainte de contracter la « lèpre », mais une pareille répugnance existait aussi chez les peuples barbares de l'Asie.

Elien, dans son livre *De la nature des animaux*, affirme, d'après Manéthon, qu'il suffisait de goûter du lait de Truie pour être couvert de dartres et de lèpre.

Bien que les Grecs et les Latins n'aient jamais éprouvé à l'égard du Porc la même répulsion que les Orientaux, ils le considéraient néanmoins comme un animal immonde.

La ladrerie ou cysticercose chez le Porc

Au Moyen-Age la ladrerie était bien connue, mais sa nature parasitaire restait encore ignorée. En 1350, sous le règne du roi Jean, on prend déjà des précautions contre les dangers que peut présenter la viande de Porc ; une ordonnance de cette époque réglemente la profession de langueyeur [1].

Par un arrêt de 1601, le Parlement autorise la vente de la viande ladre, à condition que celle-ci ait subi une salure de six semaines.

La profession de langueyeur perdit bientôt de son importance. Toutefois, on se préoccupa encore de la viande ladre, et en 1776, un nommé Antoine Dubout fut condamné par la Chambre de justice : « A faire amende honorable, nu en chemise, la corde au cou, tenant entre ses mains une torche de cire ardente du poids de deux livres, ayant écriteau devant et derrière portant ces mots : Directeur des boucheries qui a distribué des viandes ladres aux soldats. » Cette peine était compliquée de dix ans de bannissement et de 50.000 livres d'amende.

Découverte du Cysticerque chez l'Homme

La ladrerie ne fut longtemps connue que chez le Porc. C'est seulement en 1558, que Rumler découvrit dans la dure-mère d'un épileptique de petites tumeurs « pustulae » qui n'étaient autre chose que des Cysticerques. Des tumeurs semblables furent retrouvées en 1650

(1) On désigne ainsi les individus chargés d'examiner les Porcs amenés sur les marchés, à l'effet d'y reconnaître la présence de Cysticerques dans les muscles de la base de la langue.

par Panaroli dans le corps calleux et en 1656 par Wharton dans le tissu cellulaire sous-cutané et dans les muscles. Ce dernier auteur les décrit en ces termes : « Glandulas sanas valde numerosas crescentes in branchiis et femoribus sedem habentes sub cute in panniculo carnoso vel cute adiposa. »

Vers la même époque, Bonnet et Wepfer trouvent des Cysticerques dans les ventricules cérébraux. Bonnet extirpe même une de ces tumeurs et en décrit les caractères généraux. Morgagni rapporte aussi une observation de ladrerie humaine.

Découverte de la nature parasitaire de la ladrerie.

En 1685, Hartmann, de Koenigsberg, soupçonna pour la première fois la nature parasitaire des tumeurs ladriques auxquelles il donna le nom de Vers vésiculaires (1686).

Redi, Tyson et Malpighi complétèrent les observations de Hartmann et fixèrent la place des Vers vésiculaires parmi les Entozoaires.

Voici dans quels termes s'exprime Malpighi (680)[1] : « Les Cochons vermineux que les Italiens nomment vulgairement *Lazaroli* contiennent un grand nombre de Vers. Ces Vers se rencontrent abondamment dans les interstices celluleux des fibres musculaires des cuisses. Ils se présentent sous la forme d'une vésicule semblable à un follicule rempli d'une tumeur diaphane dans laquelle nage un corps globuleux et blanc, lequel, s'il vient à être comprimé légèrement, après la rupture du follicule, rejette le Ver qui sort en dehors à l'instar des cornes émissives des Limaces. »

Le célèbre parasitologue français N. Andry emploie une comparaison analogue en parlant des Cysticerques : « Ces corps membraneux, dit-il, sont tissés par des Vers, comme la toile de l'Araignée est tissée par l'Araignée. »

Vers 1760, Pallas pense que les Vers vésiculaires, qu'il désigne sous le nom de *Tænia hydatoidea* ou *hydatigena*, doivent se reproduire comme les autres animaux ; puisqu'ils n'ont pas d'organes génitaux, ils doivent être la larve d'un autre être, probablement le *Tænia*. Un peu plus tard, en 1767, Linné considère aussi le Cysti-

(1) Les chiffres mis entre parenthèses correspondent aux numéros de l'index bibliographique situé à la fin de l'ouvrage.

cerque comme la larve du *Tænia solium*, et Otto Fabricius exprime une opinion analogue.

Göze n'a donc pas découvert la véritable nature de ces parasites, quoiqu'il ait pu en penser; il les a décrits néanmoins d'une façon si précise qu'il a contribué pour une large part à fixer définitivement nos idées sur la nature parasitaire de la ladrerie.

Quelques années plus tard, en 1786, Werner décrit un Cysticerque des muscles pectoraux de l'Homme : pour indiquer ses rapports avec la ladrerie, il lui donne le nom de *Finna humana* [1].

Bloch (1788), Treutler (1793), puis Brera, Zeder (1800) et Steinbuch (1802) signalèrent la présence de Cysticerques chez différents animaux : tels que le Porc, le Mouton et le Singe. Fischer (1789) observe dans les plexus choroïdes un *Tænia hydatigena* qu'il veut distinguer de la *Finna*, mais les raisons qu'il invoque sont très insuffisantes. Rudolphi (1809), dans son *Traité des Entozoaires*, fait faire un pas considérable à la question des Vers parasites en décrivant 116 espèces de Ténias, parmi lesquels le Ver vésiculaire, auquel il donne le nom, encore employé aujourd'hui, de *Cysticercus cellulosæ*.

Depuis cette époque, Schott et Sömmering observent pour la première fois, en 1829, un Cysticerque dans la chambre antérieure de l'œil. Baum, de Dantzig, signale en 1838, le premier cas de cysticercose sous-conjonctivale, qui fut l'objet d'une description détaillée de la part de Sichel. Von Graefe montre le premier, en 1866, la présence de Cysticerques dans l'orbite. C'est encore lui qui nous donne la première observation d'un Cysticerque du corps vitré.

Rapports des Cysticerques avec les Ténias

L'attention des naturalistes fut alors attirée sur les entozoaires et particulièrement sur les Cysticerques et les Hydatides Dès 1842, Steenstrup signale la génération alternante de certains Vers et donne une nouvelle impulsion à la question. C'est alors qu'apparaissent les remarquables expériences de von Siebold et de Félix Dujardin. Ce dernier fait observer, en 1845, l'analogie qui existe

(1) En allemand, le Cysticerque s'appelle *Finne*.

entre la tête des Cysticerques et celle des Ténias : « On pourrait » penser, dit-il, que ce sont des œufs de Tænia véritable qui, » portés par la circulation dans le tissu même des Mammifères, » n'ont pu suivre les phases ordinaires de leur existence à cause » de l'épaisseur des tissus et doivent périr à l'état d'embryon » hypertrophié. »

Wagner, en 1848, reconnaît l'origine des Cysticerques et arrive presque à la notion précise de leur transformation en Ténias adultes.

Puis viennent les beaux travaux de P.-J. Van Beneden, Leuckart et Küchenmeister, qui démontrent d'une manière définitive les relations étroites qui existent entre les Cysticerques et les Ténias et mettent ainsi en lumière le cycle évolutif de ces Vers. Dès lors il est démontré que le *Cysticercus cellulosæ* est la larve du *Tænia solium*, tandis que le *Tænia saginata* a pour larve le *Cysticercus bovis* ; par conséquent, l'ancien genre *Cysticercus* n'a plus d'existence autonome et doit rentrer simplement dans le genre *Tænia*.

Parmi les auteurs modernes qui ont étudié tout particulièrement la biologie de ces organismes, nous devons citer Davaine, Laboulbène, Mégnin, Moniez, R. Blanchard et Railliet.

En outre des ouvrages classiques de ces divers auteurs, nous devons citer aussi les thèses de Boyron en 1876, de Pellot en 1880 et de Gabory en 1897, qui sont les travaux les plus récents sur cette intéressante question.

Synonymie

Au Moyen-Age le terme de *ladre* était synonyme de lépreux ; or ce mot de *ladre* vient, altéré, du mot Lazare, qui lui-même se retrouve du reste sans altération dans le mot lazaret. Cette étymologie explique les dénominations de *ladrerie*, *lazardrerie*, *lèpre*, *mal de Saint-Lazare*, données en France à cette affection, qui a encore reçu les noms de *nosellerie*, *mezellerie*, *grêlons*, *malmort*, *pourriture*, *glandine* (en latin *morbus glandulosus*).

En Italie, on l'appelait *ladreria*, *ledreria*, *lebbra*, *elefantiasi* ; et l'on désigne encore dans ce pays les Porcs vermineux ou atteints de cysticercose sous le nom de « *lazaroli*. »

CHAPITRE III

HISTOIRE NATURELLE

Synonymie

On a désigné le Cysticerque sous les noms les plus variés, dont voici la liste : *Vermis vesicularis eremita* Bloch ; *Vesicaria finna* Schrank ; *Tænia hydatoidea* Pallas ; *Tænia cellulosa* Treutler ; *Tænia finna* et *Tænia cellulosae* Gmelin ; *Tænia hydatigena suillareta* Fischer ; *Tænia hydatigena anomala* Steinbach ; *Tænia pyriformis muscularis* Joerdens ; *Hydatis lanceolata* Lamarck ; *Hydatis humana* Blumenbach ; *Hydatis animata* Payer ; *Finna cysticercus* Zeder ; *Finna muscularis* Brera ; *Finna humana* Werner ; *Cysticercus cellulosæ* Rudolphi, 1809. On appelle vulgairement le Cysticerque *Finne* en Allemagne et *Gortigneid* en Hollande.

Description morphologique

On voit aujourd'hui que le Cysticerque de la ladrerie de l'Homme (*Cysticercus cellulosæ* Rudolphi, 1809) est la larve du *Tænia solium*. Nous allons décrire tout d'abord ce Cysticerque : il est le seul qu'on ait rencontré dans la ladrerie de l'Homme, bien que plusieurs auteurs prétendent avoir observé dans certains cas d'autres variétés de Cysticerques, par exemple celui du Ténia inerme (*Cysticercus bovis*) [1], etc.

(1) C'est en grande partie l'absence de crochets et de ventouses qui fait penser certains auteurs (Bitot et Sabrazès, 572 ; Chabrely, 602) que le *Cysticercus racemosus*, par exemple, est un Cysticerque du *Tænia saginata*. C'est là une grosse erreur : en effet, Zenker (458) et Bitot (598) ont eu l'occasion d'ob-

Ce parasite se trouve généralement libre soit dans un liquide de l'organisme (corps vitré, ventricules cérébraux), soit dans le liquide d'une capsule kystique, qui résulte d'une irritation locale des tissus environnants. A proprement parler, la capsule est donc étrangère au parasite ; aussi son étude viendra-t-elle plus à propos dans le chapitre réservé à l'anatomie pathologique ; pour le moment, occupons-nous du Cysticerque lui-même.

A son état de complet développement le Cysticerque a l'aspect d'un petit corps arrondi ou elliptique, suivant l'organe qui le loge ; il mesure généralement de 6 à 13^{mm} de long sur 5 à 10^{mm} de large. Il est translucide et présente en un point de sa surface une petite tache blanchâtre qui correspond à la tête, lorsque celle-ci est invaginée. Il se montre formé de trois parties principales que nous étudierons successivement, la *vésicule*, la *tête* et le *cou*.

Vésicule. — La *vésicule*, encore appelée *sac* ou *vessie*, est la partie renflée du Cysticerque, auquel, d'après Küchenmeister, (487), elle constitue une sorte de réservoir nutritif. Le liquide qu'elle contient comprend, pour 100 parties, 96,5 d'eau, 2,90 d'albumine et 0,60 de divers sels, notamment d'hydrochlorate de sodium. D'après Mourson et Schlagdenhaufen, il serait riche en leucomaïnes.

En un certain point de la surface, correspondant à la tache céphalique, se voit un étroit orifice, le *hile* ou *pertuis*, qui mène dans le *receptaculum capitis*, sorte d'entonnoir à surface festonnée. C'est au fond de cette dépression, creusée dans un épaississement de la paroi, que s'attache le cou, terminé par la tête. Ordinairement, le cou est replié sur lui-même dans le fond de l'infundibulum, et la tête est invisible au dehors (fig. 1) ; on peut alors, grâce à une légère compression, la faire sortir par le hile. Parfois cependant, le cou est évaginé et pend soit au dehors, soit plus rarement dans la vésicule.

server des Cysticerques racemeux pourvus de ventouses et de crochets ; par contre, Galli-Valerio (735) a vu un *Cysticercus cellulosæ* dépourvu de ces organes. Dans ce dernier cas, il y avait chez le même malade d'autres de ces parasites qui avaient tous leurs ventouses ainsi que les crochets. Ajoutons encore, que Meyer (678) et Zadek (475) ont trouvé des *Cysticercus cellulosæ* dans diverses parties de l'organisme en même temps qu'un *Cysticercus racemosus* dans le cerveau. Il faut donc croire que ces parasites étaient tous de même nature. Une coïncidence assez curieuse de *Cysticercus cellulosæ* et de *Tænia saginata* a été observée par Bergé (617) : les pores génitaux étaient irrégulièrement alternes et la tête du *Tænia* manquait.

Tête. — La *tête* du Cysticerque est en tout semblable à celle du *Tænia solium* (fig. 2). Elle est tétragone, mesure $0^{mm}\,4$ à $0^{mm}\,5$, porte



Fig. 1.— Cysticerque encapsulé. Coupe longitudinale, d'après Mégnin.

quatre ventouses [1] et un rostre armé d'une double couronne de crochets. Ceux-ci (fig. 3) sont de grandeur différente, régulièrement alternes et disposés de façon telle que les pointes de crochets d'égale

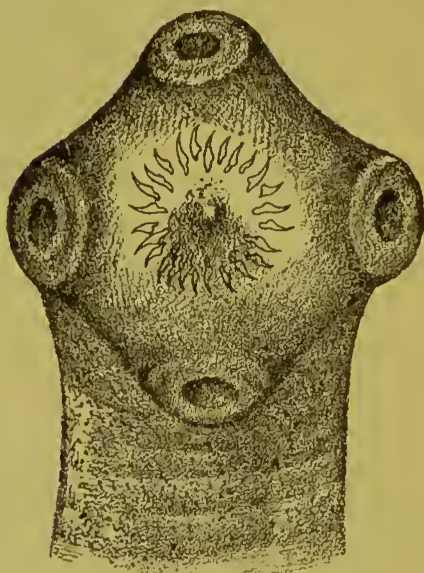


Fig. 2. — Tête du *Cysticercus cellulosæ*, d'après Mégnin.



Fig. 3. — Crochets, d'après Mégnin.

dimension viennent aboutir à la même circonférence, les pointes des crochets les plus longs étant plus près du centre que celles des plus courts. Ces crochets, implantés dans la paroi de la tête, ont une

(1) Braun (nº 672).

forme bien connue. Ils sont généralement au nombre de 28 à 30 ; on en trouve parfois moins : 14, quelquefois aussi beaucoup plus : 42. Ils sont donc sujets à certaines variations, et l'une des plus curieuses se trouve réalisée par cette forme monstrueuse qui porte une triple couronne de crochets : 48 [1], que, sous le nom de *Cysticercus acanthotrias* (Weinland), on a voulu considérer comme l'état jeune d'un Ténia d'espèce distincte, mais qui, suivant Davaine, n'est qu'une variété presque insignifiante du *Cysticercus cellulosæ* [2].

Un grand nombre d'auteurs pensent que le *Cysticercus turbinatus* (Koeberlé) [3], le *Cysticercus melanocephalus* (Koeberlé), le *Cysticercus fasciolaris*, le *Cysticercus dicystis* (Laennec), le *Cysticercus albopunctatus* (Treutler), le *Cysticercus trachelo-campylus* (Frédaut), proviennent également de différentes espèces de Ténias. Quant au *Cysticercus racemosus*, il est considéré bien à tort par certains auteurs comme étant la larve du *Tænia inerme*.

Corps et cou. — Le *corps* est la partie qui unit la tête à la vésicule. Il est le plus souvent tordu en spirale une ou deux fois sur lui-même pour occuper moins de place. La partie supérieure du *cou* est couverte de plis transversaux très fins, mais qui deviennent plus accentués en s'éloignant de la tête.

Développement

Tous les Cestodes, dont on connaît le développement, ont une évolution similaire. Leur cycle évolutif est caractérisé par des migrations ; l'embryon se développe chez un premier animal ou *hôte intermédiaire*, chez lequel il passe à l'état de larve [4]. Cette larve ne peut continuer son évolution que si elle émigre dans le corps d'un autre animal ou *hôte définitif* ; dans ce cas seulement, elle peut parvenir à l'état adulte et le cycle recommence.

Nous nous bornerons, dans cette étude, à exposer l'évolution du *Tænia solium*. L'œuf du *Tænia solium* ou embryophore n'est jamais

(1) Le *Cysticercus cellulosæ* a été trouvé pourvu de six ventouses.
(2) Cas de Cobbold (Braun, 672).
(3) Cas de Nega, de Gunzburg (73) et de Lobstein (17).
(4) Celle-ci est désignée, suivant les espèces, sous les noms de Cysticerque, Cysticercoïde, Echinocoque, Plérocercoïde, etc.

pondu dans l'intestin de l'Homme. Les derniers anneaux du Ténia sont expulsés par les fragments de chaîne avec les excréments; ces anneaux se décomposent bientôt et les œufs sont mis en liberté. Ces derniers ont une forme globuleuse, quelquefois ovoïde; ils mesurent de 30 à 36 μ; ils sont enveloppés d'une cuticule épaisse, présentant des stries fines, appelées à tort *canalicules poreux*, et d'une fine membrane vitelline.

L'œuf renferme un embryon connu sous le nom d'embryon *hexacanthe* ou *oncosphère*, ayant un diamètre de 20 à 22 μ et pourvu de six crochets qui caractérisent tous les embryons de Cestodes. L'œuf et son embryon peuvent vivre très longtemps en dehors de tout organisme, sur l'herbe, la terre humide, etc.

Pour se développer, l'œuf doit être avalé par le Porc, qui est son hôte intermédiaire habituel. Il peut cependant évoluer après avoir été absorbé par l'Homme ou par différents animaux tels que le Sanglier, le Chevreuil, le Mouton, l'Ours, le Chien, le Chat, le Rat et le Singe.

Dans l'estomac du Porc, l'enveloppe de l'œuf est dissoute et digérée par le suc gastrique et l'oncosphère est mis en liberté. L'embryon se déplace à l'aide de ses crochets : les antérieurs agissent d'abord, puis les latéraux entrent en jeu. C'est ainsi que l'animalcule s'insinue entre les éléments anatomiques de la muqueuse stomacale, arrive, en les perforant, dans les capillaires et, entraîné par le courant circulatoire, va se fixer dans les organes. C'est là qu'il doit se transformer en Cysticerque, métamorphose qui résulte simplement de la chute des crochets de l'oncosphère.

Au neuvième jour de l'infestation, le Cysticerque est constitué par une petite vésicule ovale, longue de 33 μ, large de 22 μ, dépourvue de membrane d'enveloppe.

Au vingt-unième jour, la vésicule de forme sphérique présente déjà une paroi mince. Au trentième jour, elle atteint près d'un millimètre de largeur et se creuse d'une cavité qui, avec le temps, va augmenter de volume et se remplir de liquide. En un point opposé à celui qu'occupaient les crochets de l'hexacanthe on voit en même temps apparaître les premiers rudiments du futur appareil de fixation, c'est-à-dire de la tête du Ténia. De son côté, l'organisme ne reste pas indifférent : le tissu conjonctif, qui entoure le parasite, se met à proliférer et lui forme une capsule extérieure. Au troi-

sième mois, le Cysticerque est complètement formé ; mais son évolution peut être beaucoup plus rapide et se faire en deux mois, un mois et même encore plus vite, suivant certains observateurs [1]. Il présente alors sa structure et son aspect définitif, que nous avons fait connaître plus haut.

Ainsi constitué, le Cysticerque continue à vivre dans les tissus du Porc ; il garde sa vitalité plus ou moins longtemps, trois, six et même vingt ans, puis finit par mourir et par subir la dégénérescence calcaire. En effet, il est incapable de poursuivre son développement et d'arriver à l'état adulte chez le même hôte ; il ne peut, comme on le sait, accomplir sa dernière métamorphose qu'en passant dans le tube digestif de l'Homme.

Quand celui ci mange crue ou insuffisamment cuite la viande d'un Porc ladre, celle-ci est dissociée par le suc gastrique et le Cysticerque est mis en liberté dans l'estomac. Il est entraîné alors dans l'intestin grêle et s'arrête en un point quelconque du premier tiers de sa longueur : il évagine sa tête et se fixe à la muqueuse, entre les villosités. La vésicule caudale est désormais sans utilité : elle se détache par rupture du cou, dont les anneaux commencent à se multiplier par bourgeonnement ; elle est alors entraînée au dehors, non sans avoir subi plus ou moins l'action des sucs digestifs.

Le Ténia adulte est alors constitué ; il grandit, à mesure que le nombre de ses anneaux augmente, grâce à un phénomène ininterrompu de bourgeonnement en arrière de la tête. Quand il a atteint sa taille définitive, les derniers anneaux, c'est-à-dire les plus anciens, remarquables par leurs grandes dimensions, se détachent spontanément soit à l'état isolé, soit le plus ordinairement par chaînons de longueur variable. L'anneau mûr contient une quantité considérable d'œufs (50,000 environ) qui se trouvent mis en liberté par la rupture ou la décomposition de l'anneau qui les renferme.

Les œufs de *Tænia solium* jouissent d'une vitalité considérable. Ils peuvent rester pendant plusieurs semaines dans les matières

(1) Salzmann cite un cas où un Cysticerque sous-rétinien se serait développé en dix jours (632). Le plus jeune que Leuckart a pu voir était âgé d'un mois, il possédait déjà à cette période un riche réseau vasculaire étendu sur toute la paroi de la vésicule (Moniez, 410).

fécales ou dans les anneaux en putréfaction et supporter une température humide assez élevée. On comprend donc que, malgré leur dispersion dans la nature, ils puissent trouver un jour ou l'autre, en pénétrant dans le tube digestif de l'Homme ou du Porc, les conditions favorables à leur évolution et à leur transformation en Cysticerque. Ainsi recommence, par conséquent, le cycle dont nous venons d'esquisser l'histoire.

CHAPITRE IV

ÉTIOLOGIE

Distribution géographique

La cysticercose de l'Homme s'observe dans différents pays et sous les climats les plus variés, avec prédominance dans certaines régions. Cette affection étant intimement liée avec la ladrerie du Porc d'une part et la présence du *Tænia solium* chez l'Homme d'autre part, il est facile de prévoir à priori que la ladrerie de l'Homme sera plus fréquente, ainsi que nous allons le montrer, dans les pays où la viande de Porc est consommée en grande quantité et où le *Tænia* est fréquemment observé.

Le *Tænia solium* fait défaut dans la zone torride, où le Porc ne peut vivre. De même on ne le trouve que peu ou point chez les populations qui ne font pas usage de viande de Porc : chez les Hébreux et les Musulmans, par exemple. Relativement rare en Asie, en Afrique, dans l'Amérique du Sud, il est au contraire fréquent dans l'Amérique du Nord, où l'élevage du Porc est très répandu.

L'Allemagne est le pays d'Europe où la cysticercose s'observe le plus ordinairement. Elle y est d'ailleurs inégalement répartie, plus fréquente dans les provinces du nord que dans celles du sud. A Berlin, d'après Virchow, on la verrait 125 fois sur 10,000 malades. Nous empruntons à R. Blanchard (573) la statistique suivante, basée sur les cas observés à l'Hôpital de la Charité de Berlin :

En 1875.	16,3	pour	1000
1876.	13,2	»	»
1877.	11,1	»	»
1878.	9,7	»	»
1879.	12,3	»	»

Pendant un séjour de 7 ans à Würzburg, Virchow (149) n'a constaté qu'un seul cas de cysticercose, tandis qu'au bout de deux mois et demi de séjour à Berlin il en observa trois cas. D'ailleurs, il avait déjà constaté précédemment la grande fréquence des Cysticerques dans cette ville. Il explique cette inégalité de fréquence entre les deux villes par la différence de l'alimentation : à Würzburg on se nourrit généralement de légumes et de viande de Bœuf ; à Berlin, on mange de préférence la viande de Porc et de Mouton, surtout beaucoup de jambon et de charcuterie mal cuite.

Rudolphi nous donne une autre preuve de la fréquence de la cysticercose à Berlin : sur 250 cadavres, qu'il a examinés chaque année pendant 9 ans, il trouva des Cysticerques 4 à 5 fois, ce qui donne une proportion de 164 pour 10,000. Ce chiffre est considérable relativement à ceux que l'on obtient dans d'autres villes, telles que Dresde, où la proportion est de 113 sur 10,000, Erlangen où elle est de 67 sur 10,000 et Kiel où elle est de 60 sur 10,000.

Hirschberg (641) assure que la Saxe et la Thuringe sont des contrées d'élection pour le Cysticerque. En Thuringe, presque tout le monde a le Ténia, parce que l'on a coutume de manger au déjeuner un mélange de viande de Porc crue et cuite, haché et étendu sur du pain ; la ladrerie du Porc y est une maladie très commune (Gervais et Van Beneden, 151). Dans le sud de l'Allemagne, la cysticercose n'est pas rare seulement chez l'Homme ; elle l'est également chez le Porc, puisque sur 26 à 30,000 Porcs abattus annuellement à Stuttgart il n'y en a que 4 ou 5 qui soient atteints de ladrerie. Du reste, la ladrerie du Porc, d'après Virchow et Schweiger, a beaucoup diminué en Allemagne depuis un demi siècle, ce qui tient à ce que les abattoirs sont inspectés avec le plus grand soin.

Sur 60,000 malades observés par Hirschberg de 1869 à 1885, il y avait 70 cas de Cysticerque de l'œil, soit 1,1 pour 1000, tandis que sur 30,000 malades observés par le même auteur de 1886 à 1889, il n'y en avait qu'un seul cas, soit 0,003 pour 1000.

En Italie, en Portugal, en Suède, la cysticercose de l'Homme est beaucoup moins fréquente qu'en Allemagne ; pourtant nous avons pu réunir un assez grand nombre de cas observés dans ces pays.

En Russie elle est, comme en Allemagne, plus fréquente au nord qu'au sud ; à peu près également commune à Saint-Pétersbourg et

à Moscou, elle est beaucoup plus rare à Odessa. De 1860 à 1897, on a relevé en Russie en tout 37 cas de cysticercose (Lutkewitsch, 736).

Cette maladie est également rare en Suisse, où l'on n'a signalé que des cas isolés. Zäslein dit que Hasse et Ebert n'ont jamais observé un seul cas à Zürich sur 2.500 cadavres. Horner y a observé quatre cas sur 60.000 cadavres (Haltenhoff, 506). Zahn a relevé à Genève trois cas sur 2.200 cadavres. A Bâle, pas un seul cas sur 1.000 autopsies. D'après Baumert, la ladrerie des Porcs est à peu près inconnue en Suisse (Gervais et Van Beneden, 127). Le Bothriocéphale se rencontre dans ce pays plus souvent que le *Tænia solium*.

L'affection est encore moins répandue en Autriche et en Hongrie. Bremser prétend même n'avoir jamais rencontré à Vienne un seul cas de cysticercose, malgré un grand nombre d'investigations. A Prague cependant on l'observe déjà assez fréquemment, comme le prouvent les nombreuses publications qui traitent de cette question (Posselt, 747).

La cysticercose est plutôt rare en Angleterre, en Danemark, en Hollande, en Belgique et dans les autres pays d'Europe.

En France, le Cysticerque est assez fréquent chez les Porcs appartenant aux races limousine et périgourdine. On le voit encore en Auvergne et en Bretagne ; il n'est pas rare non plus en Normandie, en Picardie, en Lorraine, dans le Bordelais, en Gascogne et en Dauphiné. Il se développe surtout chez les Porcs élevés en demi-liberté, dans les troupeaux menés aux champs et à la glandée. A Paris, on voit rarement des Porcs ladres : en 1860, on n'en a saisi que 33 à l'abattoir de la rue Château-Landon, et 40 en 1861, ce qui tient d'une part à l'usage très peu répandu de la viande de Porc et d'autre part à ce qu'on n'expédie vers la capitale que des animaux sains, de belle qualité et déjà soumis à un examen sanitaire, tout au moins lorsqu'ils proviennent des abattoirs où une telle surveillance est exercée.

Le séjour dans les lieux bas et marécageux est mis par un grand nombre d'auteurs parmi les causes de la ladrerie (Demarquay, 56). En effet les Cysticerques étaient surtout communs chez les Porcs à l'époque où ces derniers animaux vivaient dans l'humidité des forêts (Sichel, 64).

Age

En règle générale, la cysticercose est une maladie de l'âge adulte. Son maximum de fréquence est de 20 à 40 ans : sur un total de 447 observations où l'âge des malades est noté, nous relevons 209 cas qui se rapportent à cet âge. Il est à remarquer que le *Tænia solium* s'observe aussi fréquemment à cette même période, constatation qui n'est pas sans intérêt, puisqu'elle nous permet de saisir déjà une relation entre la présence du Ténia et celle du Cysticerque chez un même malade.

L'enfant qui n'a d'autre alimentation que le lait de sa mère, ne court pas le risque d'être atteint du *Tænia*, et en principe il est très rare de rencontrer ce parasite pendant la première enfance. Néanmoins, on peut citer comme faits absolument curieux deux cas de *Tænia solium*, trouvés chez des nouveau-nés de cinq jours ; la mère d'un de ces enfants avait aussi le *Tænia*.

On rencontre très rarement la ladrerie chez l'enfant avant un an; cependant nous pouvons citer le cas d'un enfaut âgé de six mois qui présentait un Cysticerque dans le mésentère (Heller, 298); un autre cas d'un enfant de neuf mois, qui avait un Cysticerque dans la suture coronaire au niveau du bord frontal (Virchow, 362), et enfin un cas de Karevsky (536), où il s'agit d'un enfant, nourri au sein, qui fut atteint de cysticercose ; la mère de cet enfant avait le Ténia. Il nous semble utile d'attirer ici l'attention sur ce fait que des Cysticerques ont été trouvés dans le placenta, ce qui pourrait peut-être expliquer l'origine de ce parasite chez les nouveau-nés.

Chose curieuse, il y a un rapport entre l'âge et certaines localisations du Cysticerque ; c'est ainsi que, d'un à dix ans, on l'observe fréquemment dans l'œil : 22 fois sur 33 cas, dans la conjonctive. Toutefois il est à remarquer que l'on ne l'observe pas dans le corps vitré avant l'âge de dix ans. C'est encore à des enfants d'un à dix ans que se rapportent exclusivement les cas de cysticercose de la langue, de la main, de l'appareil respiratoire et du tissu osseux, fait curieux qu'il nous semble difficile d'expliquer.

Entre dix et vingt ans, c'est aussi dans l'œil que le Cysticerque se trouve le plus fréquemment : sur 57 observations se rapportant à cet âge, les parasites siégeaient 36 fois dans l'œil.

Après quarante ans la ladrerie devient, d'une façon générale, un peu plus rare : elle se répartit à peu près également entre toutes les régions de l'organisme (œil, 26 cas ; cerveau, 42 cas ; divers tissus et organes, 38 cas.)

Après 60 ans, elle devient tout-à-fait rare et les quelques cas observés se rapportent pour la plupart à l'encéphale : sur un total de 32 cas à cet âge on relève 21 cas de Cysticerque du cerveau ; l'un d'eux se rapportait à un vieillard de 83 ans. La cysticercose du cœur s'observe aussi surtout chez les vieillards.

Sexe.

La cysticercose est plus fréquente chez l'homme que chez la femme : 60 à 66 °/₀ suivant Braun (686). Nous avons pu relever 312 hommes pour 218 femmes, sur un total de 530 observations où le sexe des malades est noté. Ce fait, qui résulte de nos statistiques, contredit l'opinion des auteurs (Lecomte, Lancereaux, Karevsky, Kudriashev) qui pensent que les femmes sont plus fréquemment infectées parce qu'elles s'occupent de cuisine.

Si nous envisageons la distribution du parasite dans les divers organes, nous constatons des différences notables d'un sexe à l'autre. Chez l'homme, on le trouve surtout dans le cerveau, les muscles et les viscères ; chez la femme, plus fréquemment dans l'œil. Ces faits sont mis hors de doute par les chiffres suivants, empruntés à notre statistique générale : sur 149 cas de cysticercose du cerveau, on ne compte que 49 femmes ; sur 145 cas de cysticercose des muscles et des viscères, il n'y a que 52 femmes. Au contraire, pour 248 cas de cysticercose à l'œil, on compte 98 hommes et 144 femmes.

Notre statistique montre également une intéressante coïncidence, à savoir que la plupart de ces cas observés dans l'enfance concernent des individus du sexe féminin, tandis que ceux qui s'observent à l'âge adulte ou dans la vieillesse concernent des individus du sexe masculin. Certains auteurs (Heller, Davaine, Luton) admettent au contraire que la proportion est la même dans les deux sexes.

Profession

Le genre de vie et la profession ont une influence étiologique fort importante. Malheureusement, les observations étant souvent très incomplètes, nous manquons de renseignements précis à ce sujet. Disons toutefois que la cysticercose est surtout une maladie des gens pauvres, des individus peu soigneux de leur personne, vivant dans un milieu malpropre, sans aucun soin d'hygiène : (mendiants, déments, idiots, coprophages).

On croit généralement que la ladrerie s'observe le plus souvent chez les cuisiniers, charcutiers, abatteurs de Porcs et bouchers [1] : ces gens, qui manipulent la viande de Porc cru, seraient particulièrement exposés à contracter le Ténia ; ce qui faciliterait leur infestation soit parce qu'ils portent à leur bouche des mains malpropres souillées d'œufs (Dufour, 332), soit que, étant eux-mêmes porteurs d'un Ténia, ils soient sujets à l'auto-infestation par la voie intestinale directe, ainsi que nous le dirons plus loin, à propos de la pathogénie.

La cysticercose s'observe également chez des individus vivant en relations intimes avec un porteur de Ténia, comme le montre notamment l'observation de Troisier (457). Graefe a relevé 89 cas de Cysticerque de l'œil : il y avait cinq fois coexistence du Cysticerque avec le Ténia et 84 fois le Ténia était porté par des individus vivant au voisinage du malade. Nous avons pu nous-mêmes relever 11 cas où le Ténia existait chez la femme, la fille, le frère ou d'autres membres de la famille du malade (Bovero, 685 ; Hirschberg, 641 ; Lancereaux, 585). Dans le cas d'Achard (753), un Ténia fut constaté chez la fille de la malade quatre ans avant l'apparition des Cysticerques chez cette dernière. Il existe même une observation vraiment curieuse, celle de trois amis, à Prague, qui furent atteints en même temps de ladrerie (Posselt, 747). Enfin le cas de Karevsky (536), dont nous avons parlé plus haut. Ces faits nous permettent de comprendre pourquoi la ladrerie

(1) On doit pourtant se demander comment les bouchers peuvent être sujets à la cysticercose, puisqu'il n'y a pas de viande de Porc dans les boucheries, et que le Bœuf cru ne peut pas donner la ladrerie à l'Homme. Ce point reste obscur : nous ne citons cette profession à côté des autres que parce que tous les ouvrages la mentionnent.

s'observe assez souvent chez les soldats, qui vivent en commun : il suffit qu'il y ait parmi eux des porteurs de Ténia pour que la ladrerie se propage. Cette maladie sévit particulièrement dans les troupes coloniales, à cause du manque d'hygiène, de la promiscuité, de l'inspection insuffisante des viandes, ainsi que de l'usage de charcuterie en conserve.

Nous croyons devoir attirer l'attention sur un fait que nous n'avons vu signalé nulle part : la cysticercose s'observe assez souvent chez les tailleurs et les cordonniers, d'humble condition (rapiéceurs, raccommodeurs); elle résulterait alors de ce que la boue ou la poussière qui souille les semelles et les bas de pantalons peut renfermer des œufs de Ténia. Ceux-ci seraient introduits par les mains dans la bouche. D'après cela, on comprend aisément la fréquence de cette maladie chez les chiffonniers et autres individus fouillant dans les ordures. Il en est de même pour les bergers et les cultivateurs, à cause de leurs rapports constants avec les Porcs et la terre.

L'existence de la cysticercose dans toutes les autres professions ne peut être expliquée par une semblable étiologie ; elle reste sans importance car il ne s'agit là que de coïncidences purement fortuites.

De tout ce que nous venons de dire il faut donc retenir ce fait essentiel, que la cysticercose n'existe en général que chez les individus qui vivent dans le milieu où le Ténia est fréquent et que c'est toujours l'ingestion des œufs de cet helminthe qui expose à la ladrerie. Ces œufs viennent soit d'un Ténia, dont le malade est porteur, soit du dehors. Par conséquent les professions exposées à la ladrerie sont, d'une part celles qui exposent au Ténia, d'autre part celles qui exposent à l'ingestion accidentelle des œufs de ce parasite. A la première catégorie appartiennent les charcutiers, les cuisiniers ; à la seconde, les chiffonniers, les cordonniers, etc. Toutefois, n'oublions pas que la classe aisée n'est pas à l'abri de la cysticercose, puisqu'elle fait assez fréquemment usage de charcuterie.

Régime alimentaire

Il semble que le régime alimentaire soit la cause principale de l'infection par le Cysticerque. Ce sont surtout les légumes crus,

la salade et les fruits verts qui, souillés d'œufs de Ténia, jouent un grand rôle dans l'étiologie de la cysticercose. C'est ce que nous trouvons dans le cas d'Achard et Loeper (753), ainsi que dans beaucoup d'autres observations.

Ces aliments sont d'autant plus à redouter qu'on les mange à l'état frais : leur humidité habituelle conserve mieux les œufs et en empêche la dessiccation. Cruveilhier faisait naître presque à volonté des Cysticerques chez les Lapins, en les tenant dans des caves et en les nourrissant d'herbe fraîche. Ces animaux présentaient alors une multitude de Cysticerques dans les divers replis du péritoine, dans le foie, etc., tandis que ceux qu'il nourrissait de son n'avaient aucun parasite de ce genre. Certains auteurs pensent que l'eau est le véhicule habituel des œufs de Ténia (R. Blanchard, 599).

D'autres causes moins importantes méritent encore d'être signalées. C'est ainsi, comme nous l'avons déjà sommairement indiqué, que l'auto-infestation peut résulter de la présence du Ténia dans l'intestin des individus qui se nourrissent particulièrement de charcuterie et de viande de Porc. En effet, la chair musculaire du Porc renferme parfois des Cysticerques très nombreux : dans un morceau de viande du poids de 4 drachmes, acheté chez un charcutier, Küchenmeister a trouvé 133 Cysticerques (Moquin-Tandon). Quand on interroge les malades atteints de cysticercose sur leur alimentation habituelle, on apprend généralement qu'ils se nourrissent d'ordinaire de viande de Porc crue ou insuffisamment cuite, de jambon, de lard cru, salé ou fumé (Lutkevitsch, 736 ; Poncet, 307 ; Haltenhoff, 506). Mitvalsky (666) nous rapporte une observation assez typique de ce mode d'infestation : le malade s'étant nourri pendant longtemps de Porc cru attrape le Ténia, peu de temps après on constate chez ce malade un Cysticerque dans le corps vitré. Dans le cas de Gellerstedt (123), le malade présenta des troubles cérébraux presque immédiatement après avoir mangé du Porc.

Enfin mentionnons encore que les aliénés coprophages sont sujets à la ladrerie, ce qui tient à ce qu'ils peuvent ingérer des anneaux mûrs de Ténia.

CAUSES PRÉDISPOSANTES.

Le traumatisme semble jouer un rôle étiologique en créant une moindre résistance en certains points de l'organisme. Nous avons pu réunir 18 cas qui démontrent ce fait. Nous donnons ci-dessous un court résumé de quelques-uns d'entre eux. C'est ainsi que dans le cas de Badal (683) le malade se heurte le front contre l'angle de la table, sans solution de continuité ; quinze jours après il ressent une céphalalgie assez forte, la paupière se gonfle, le tissu cellulaire de l'orbite suppure. On arrive à lui extirper un Cysticerque de l'orbite.

Dans l'observation de Desmarres (146) le malade reçoit un coup de marteau sur l'orbite suivi d'une perte de sang ; trois ans après on constate un Cysticerque derrière la rétine.

Turnbull (426) a observé un cas où le malade encore enfant reçut un coup à l'œil qui depuis ce temps-là resta enflammé ; à l'âge adulte son œil fut atteint de cataracte accompagnée de douleurs très vives. Finalement on trouva dans le corps vitré du même œil un Cysticerque.

Brière (286) nous offre un cas assez typique : le malade s'est piqué l'œil avec un brin d'herbe ; deux mois après apparaît une petite rougeur au niveau de la conjonctive, qui se transforme au bout d'un mois en tumeur d'où on extirpe un Cysticerque.

Dans le cas d'Ulrich (153) le malade reçoit un coup de sabre au niveau de l'occiput ; quelques mois après surviennent des symptômes cérébraux ; le malade meurt dix-sept ans après et à l'autopsie on trouve un Cysticerque dans le 4me ventricule.

Mentionnons encore deux cas : celui de Cunier (48), où l'œil du malade fut frappé par un papillon le 31 juillet 1840 ; le lendemain on voit apparaître un bourrelet de conjonctive chemosiée qui bientôt s'ulcère. En janvier 1841 apparaît une petite vésicule dont on fait l'ablation le 21 août 1841 et dans laquelle on trouve un Cysticerque. Le malade de Raikem (63) fut frappé au dos par un morceau de charbon ; un mois plus tard il se développe à ce niveau une tumeur molle avec du pus, dans laquelle se trouve un Cysticerque ; on trouve un grand nombre d'autres Cysticerques dans les muscles et le tissu cellulaire de ce malade.

Chez le malade de Sichel (64) c'est un coup de froid qui a

provoqué une rougeur de la conjonctive ; un mois après apparaît une petite tumeur contenant un Cysticerque.

Nous voyons, des faits énumérés plus haut, que c'est tantôt un coup, tantôt une piqûre, tantôt un corps étranger, tantôt enfin une simple irritation (Uhde, 87) ou le froid qui peuvent être la cause déterminante de l'apparition du parasite. Il existe donc réellement un certain rapport entre l'apparition de la tumeur et le traumatisme qui l'a précédée.

Marguet (559), parlant des kystes hydatiques des muscles, insiste assez longuement sur le traumatisme comme cause de l'apparition des kystes hydatiques. Pour cet auteur le traumatisme non seulement agit sur la localisation de la tumeur en déterminant un « locus minoris resistentiae », mais peut hâter le développement d'un kyste préexistant, c'est-à-dire avoir une action immédiate ou bien favoriser l'apparition du kyste, autrement dit avoir une action quelque peu éloignée.

Béclard envisage la question du traumatisme d'une autre façon. Il dit : « les actions mécaniques ou *traumatiques* agissent à la manière des excitants. Un traumatisme fort agit comme les excitants énergiques, abolit la contractilité et amène d'emblée la dilatation des vaisseaux sur les points qui le subissent. » Le plus souvent le traumatisme est suivi de congestion inflammatoire, ce qui facilite encore mieux la fixation de l'embryon au point où il s'est arrêté grâce à la dilatation des vaisseaux. La circulation de retour très gênée empêche l'embryon de quitter sa place et l'y fixe encore davantage. L'opinion de Boncour à ce sujet sera exposée dans le chapitre de la pathogénie page 60.

Nous croyons pouvoir, nous appuyant sur les faits cités plus haut, plaider également en faveur du rôle du traumatisme dans l'apparition des *Cysticercus cellulosæ*. Mais tout cela ne repose malheureusement sur aucune base expérimentale solide ; celle-ci nous enlève la possibilité de confirmer ce que nous venons de développer comme simple hypothèse.

On a voulu attribuer un rôle analogue, par dépression de l'organisme, à la syphilis, à la tuberculose, à l'alcoolisme et surtout au diabète, mais nous n'attachons que très peu d'importance à de semblables conceptions. Nous croyons plutôt, en ce qui concerne le diabète, qu'il est la conséquence de l'existence de Cysticerques

dans l'encéphale, spécialement au voisinage plus ou moins immédiat du quatrième ventricule. C'est ainsi que dans les cas de Braecke (519), de Czyhlarz (741) et de Michael (586), les malades, tous diabétiques, présentèrent en effet, à l'autopsie, un Cysticerque dans le quatrième ventricule. Dans les cas de Freirichs (354) ainsi que dans celui de Féréol (394) au contraire on n'a rien trouvé dans le quatrième ventricule, quoique les malades fussent atteints de diabète. Dans le cas de Marie et Guillain (760), on a également constaté du sucre dans les urines, mais l'autopsie n'a pas été faite.

Suivant certains auteurs, la réceptivité de l'individu jouerait un certain rôle dans l'apparition de la cysticercose. Baillet donne des anneaux de Ténia à cinq Agneaux. Chez un seulement, des accidents graves surviennent, qui amènent la mort; les autres quatre n'ont rien. Leuckart partage absolument l'avis de l'existence d'une prédisposition particulière de l'organisme (Stefani, 633). Siebold (71) pense que la constitution des habitants favorise le développement des germes dans les pays où les affections vermineuses sont très communes.

Cependant Moniez croit peu à l'idiosyncrasie ; la doctrine qui plaide en faveur d'une disposition morbide de l'organisme ne tient plus debout.

Enfin, disons qu'on prétend également que l'état hydrohémique du sang est une condition favorable à la production de la cysticercose.

CHAPITRE V

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous avons décrit le Cysticerque normal, considéré en dehors des tissus, c'est-à-dire sans tenir compte de l'*enveloppe* ou *capsule* conjonctive, que l'organisme produit autour de lui. Nous devons maintenant étudier cette capsule ou enveloppe d'une façon plus particulière, nous parlerons ensuite des localisations du Cysticerque et nous terminerons ce chapitre par l'étude des lésions anatomo-pathologiques que cause ce parasite dans les tissus environnants.

Description de la capsule ou enveloppe du Cysticerque

Capsule. — Cette enveloppe extérieure ou adventice n'appartient pas à l'helminthe ; elle résulte de l'irritation proliférative que cause dans le tissu conjonctif la présence de l'embryon hexacanthe en voie d'évolution. Elle est généralement formée d'un tissu assez serré, pourvu de vaisseaux ; c'est d'ailleurs une partie commune à tous les entozoaires, quelle que soit leur espèce. Elle peut être mince et réduite à quelques tractus filamenteux. comme c'est le cas pour les Cysticerques du cerveau ; elle peut même manquer totalement.

A l'intérieur de cette capsule se trouve une certaine quantité d'un liquide généralement trouble avec globules de pus, corpuscules adipeux, cristaux de cholestérine et quelquefois des globules sanguins ; c'est dans ce liquide que nage le Cysticerque.

Chez l'Homme, le Cysticerque est presque toujours encapsulé,

surtout quand il siège dans le tissu conjonctif, les muscles, la substance cérébrale.

Dans cette dernière, Küchenmeister ne l'a trouvé libre que 9 fois sur 89 cas, soit dans 10 pour 100 des cas. Il est presque toujours libre dans le liquide des ventricules cérébraux; il peut en être de même quand il siège dans la pie-mère, comme le montrent les observations de Hadlich (401) et de Heller (298).

Dans l'organe de la vision il est tantôt libre, tantôt encapsulé, suivant le milieu où il siège. Il est toujours libre dans le corps vitré, sauf le cas d'ailleurs très rare où il s'y montre entouré d'une capsule munie de tractus conjonctifs qui permettent de penser qu'elle provient d'une membrane voisine, notamment de la rétine, comme nous le montrent les cas de Stölting (564), de Hirschberg (660), de Williams (150), de Graefe (125), ainsi que celui de Liebreich (119). Schrœder (612) l'a vu au milieu d'une formation tuberculeuse. Il est également libre quand il se trouve dans la chambre antérieure; il flotte dans l'humeur aqueuse et peut même parfois y dévaginer sa tête. Au contraire quand il siège dans la conjonctive, dans l'orbite ou derrière la rétine, il est toujours encapsulé. Pourtant, Hirschberg (333) et Nagel (176) ont trouvé chacun derrière la rétine un Cysticerque sans capsule.

Badal (683) a extrait de l'orbite une tumeur fibreuse grosse comme une Datte et dont la coque résistante avait en certains points jusqu'à 10mm d'épaisseur. Cette coque renfermait plusieurs cavités remplies de pus et dont l'une contenait un Cysticerque.

Certains auteurs pensent que le Cysticerque est nu toutes les fois qu'il est en contact avec une surface épithéliale ; il vivrait alors grâce au milieu liquide (sang, liquide céphalo-rachidien) dans lequel il flotte. Toutefois R. Blanchard pense que, quand le Cysticerque flotte librement dans les ventricules ou dans le corps vitré, c'est par rupture du kyste dans lequel il s'est développé.

Chaque kyste ne renferme habituellement qu'un seul Cysticerque, contrairement à ce qui a lieu pour les Echinocoques. Bouchut (137) cite un cas où un même kyste de l'hémisphère droit contenait deux Cysticerques. Follin et Robin (65) ont même vu trois Cysticerques dans un kyste du tissu conjonctif sous-péritonéal du muscle droit de l'abdomen.

Forme. — Lorsqu'on incise les téguments et les tissus et qu'on extrait la capsule à l'intérieur de laquelle se trouve le Cysticerque, celle-ci peut se présenter sous diverses formes, suivant qu'elle siège dans tel ou tel organe ou tissu.

Théoriquement sa forme doit être ronde, comme c'est le cas pour un kyste jeune qui n'a pas encore eu le temps de se modifier sous l'influence de la résistance exercée par les tissus ambiants.

Quand il se développe dans le tissu conjonctif et subit de tous

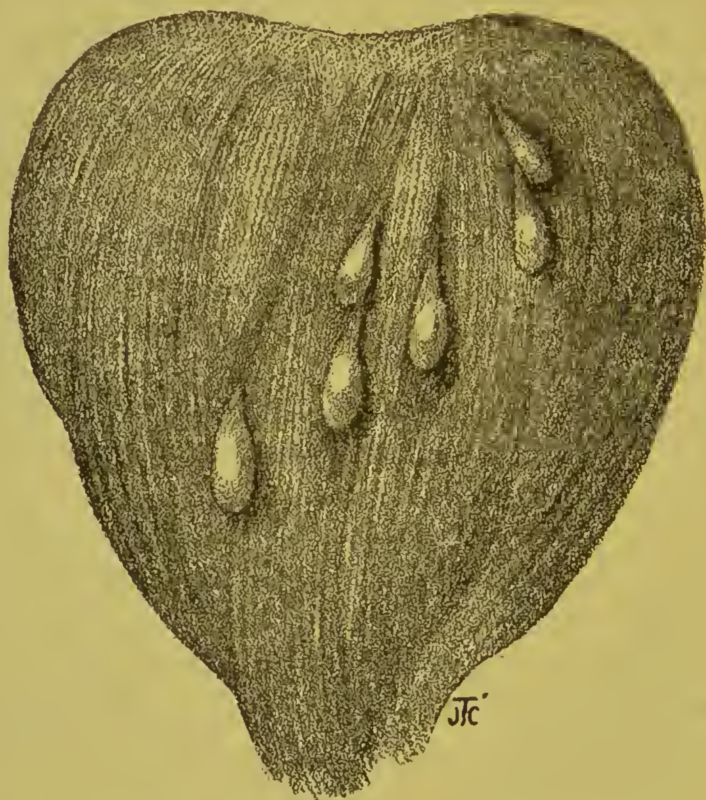


Fig. 4. — Cysticerques du deltoïde de l'Homme ; d'après nature. (Fig. originale).

côtés une pression à peu près égale, il conserve sa forme arrondie, sphérique ou légèrement ovoïde. Tel est le cas, quand il se développe dans l'œil, surtout dans l'orbite et sous la conjonctive ; il est alors exceptionnel de le voir présenter une forme irrégulière. Cependant, dans la chambre antérieure, il offre parfois une sorte de prolongement et même on l'a vu dans un cas présenter jusqu'à quatre appendices (Raikem, 103 bis). Quant au corps vitré, il n'est pas rare de voir le kyste du Cysticerque prendre la forme d'une outre qui s'étend entre le cristallin et la rétine auxquels il adhère le plus

souvent. Cette forme a été constatée par un certain nombre d'auteurs (Hirschberg, 660 et 641 ; Galezowski, 174, etc.)

Dans le muscle il se modifie rapidement et de rond devient elliptique ou ellipsoïde, allongé dans la direction des fibres musculaires (fig. 4).

Dans le cerveau il peut se présenter sous différents aspects, ce qui tient encore à la pression : à la surface des circonvolutions ou dans les ventricules, il est le plus souvent ovoïde ou sphérique, au contraire à la base du cerveau il est comprimé entre les hémisphères et la base du crâne, ce qui a pour conséquence de l'aplatir, de



Fig. 5. — *Cysticercus racemosus* du cerveau, d'après Zenker.

l'étaler et de lui faire pousser des prolongements dans toutes les directions où s'offre à lui un peu d'espace libre. Il est alors complètement déformé et se présente sous la forme d'une grappe de raisin, en raison des étranglements et des dilatations successives de sa capsule (fig. 5). Cette forme est connue sous les noms de *Cysticercus racemosus* Zenker, de *Cysticercus botryoides* Heller et de *Cysticercus multilocularis* Küchenmeister.

Cette forme rameuse s'observe aussi parfois, mais beaucoup plus rarement sous le péritoine et même dans le cœur (Firket, 689), ce qui montre bien qu'elle est uniquement sous la dépendance de

la pression. Ainsi s'explique encore la forme en bissac, qui résulte ordinairement de ce qu'un vaisseau ou un nerf comprime le Cysticerque plus ou moins suivant son diamètre. La forme en haltère décrite par Bitot et Sabrazés est celle où le kyste se trouve suspendu à un vaisseau. Cette forme a été constatée également par Levi et Lemaire (759).

En outre des formes déjà décrites, la capsule du Cysticerque se présente encore parfois sous l'aspect d'une petite masse blanchâtre ou jaunâtre, de consistance caséeuse, dans laquelle on trouve le Cysticerque mort plus ou moins calcifié. C'est là, quand se prolonge la vie du malade, le mode normal de guérison spontanée.

Volume. — La capsule est de taille excessivement variable ; elle oscille entre la grosseur d'un grain de Chénevis et celle d'un œuf de Poule ; le plus souvent elle est grosse comme une Noisette ou un Haricot. Ces variations sont encore déterminées, comme celles de la forme, par la résistance plus ou moins grande du milieu. C'est ainsi, par exemple, qu'elle reste petite à la face, dans le cœur, dans les muscles, dans la pie-mère, dans le cervelet, dans l'œil ; par exception, Hirschler (148) l'a vue remplir toute la chambre antérieure. Au contraire, elle est notablement plus grosse dans les ventricules et à la base du cerveau. Braecke (519) nous montre en effet un cas où la capsule trouvée dans le quatrième ventricule avait les dimensions d'un œuf de Pigeon.

Elle croît avec une rapidité non moins variable. On a pu constater de notables changements de volume dans l'espace de quinze jours, un mois et demi et cinq mois, pour des Cysticerques de la chambre antérieure. Kries (375) cite un cas de Cysticerque de la chambre antérieure, à un stade de développement très précoce : les crochets manquaient complètement tandis que les ventouses étaient tout à fait rudimentaires. Ce fut une toute petite vésicule qui, au bout de trois jours, avait atteint plus de 2 millimètres de diamètre. Pour ceux de la rétine, von Graefe (371) a pu constater des modifications considérables en quatre jours. Enfin, Fournier (62), assure avoir vu la capsule, également en quatre jours, acquérir la grosseur d'un œuf de Poule.

Longueur. — La longueur du kyste est étroitement liée à son volume. Ordinairement il est long de 10 à 25^{mm} et large de 6 à 9^{mm} ; dans l'œil, il reste souvent beaucoup plus petit. Le *Cysticercus*

racemosus peut acquérir une longueur relativement considérable : 150 à 250mm. Guermonprez (504) a vu dans la mamelle un kyste long de 40mm.

Consistance. — Au toucher, le kyste est lisse, élastique, rénitent, plus ou moins tendu (Achard, 753) ; il est quelquefois mou et même fluctuant. Sa consistance est ordinairement ferme, cartilagineuse ; quand il subit la dégénérescence calcaire, il devient tout à fait dur. Rarement opaque, il est le plus souvent transparent.

Nombre. — Le nombre des Cysticerques est excessivement variable, depuis un seul jusqu'à 3.000, ce qui tient à la localisation même des parasites.

Il est de règle, dans les cas de Cysticerque unique, de voir celui-ci siéger dans l'œil : ni l'examen du malade ni les symptômes cliniques ne permettent de constater la présence d'autres parasites dans la peau, le cerveau ou les autres organes. Toutefois, il est juste de faire observer que l'autopsie n'a été faite que dans un seul de ces cas, d'ailleurs très fréquents, et que cette curieuse constatation pourrait un jour se trouver infirmée par la découverte d'autres Cysticerques dans les viscères. C'est Gradenigo (624), qui a eu l'occasion de constater à l'autopsie la présence de Cysticerques dans le cerveau en même temps que dans l'œil.

A titre d'exception, nous devons mentionner un cas de double Cysticerque sous la conjonctive (Kanweki, 452); un cas de Cysticerque double dans la chambre antérieure (Mende, 159) ; quatre cas de même nature dans le corps vitré (Gradegino, 624 ; Graefe, 640 et 656 ; Cohn, 431) ; et un cas de Cysticerque triple de la rétine (Schöbl, 670).

Il est rare de ne voir qu'un seul parasite dans le tissu conjonctif sous-cutané ou dans les muscles : Karevsky (536), Roser (169), Uhde (87), Guermonprez (504), Lewin (354), citent pourtant chacun un cas de Cysticerque unique au niveau de la région mammaire ; Dressel (349) a vu aussi le même fait une fois pour le biceps et deux fois pour le grand pectoral. Le cœur peut aussi ne contenir qu'un seul parasite (6 cas, dont 2 de Dressel). Il en est de même pour le cerveau (26 cas de Dressel) et alors les parasites siègent de préférence dans l'un des ventricules.

Sauf en ce qui concerne l'œil les cas ci-dessus sont très rares et vraiment exceptionnels. En général, les parasites sont en moyenne

au nombre de 20 à 100 dans un même organe (peau, muscles, cœur, cerveau), mais il est fréquent de les trouver en nombre beaucoup plus grand. Melnikov-Rasvednikov (629) en a compté 200 dans le cœur et Schaffrath (412) 1.800; Rodust (178) et Visconti en ont trouvé chacun environ 200 dans le cerveau.

Ce nombre de Cysticerques peut se montrer encore plus élevé quand ils se répartissent entre plusieurs organes : dans la peau, les muscles et les viscères. Stich en a compté 600, Lessing et Lancereaux chacun 1.000, Delore et Bonhomme jusqu'à 3.000.

La répartition des Cysticerques dans l'organisme n'obéit à aucune règle fixe ; il n'y a aucune tendance à la symétrie, sauf dans les cinq cas suivants : dans un cas, les deux parasites ont été trouvés dans les deux ventricules latéraux (Calmeil, 168); dans deux autres cas, il s'agissait de deux Cysticerques logés chacun dans le plexus choroïde (Calmeil, 15, et Brera, 6); une fois on a trouvé un Cysticerque dans chacun des deux muscles deltoïdes (Smoler, 386); une autre fois enfin on a trouvé chez le même malade un Cysticerque dans chaque œil (Berger, 341).

Localisations du Cysticerque

Cysticercose généralisée

Les Cysticerques peuvent se distribuer dans l'organisme de façon fort diverse : n'envahir qu'un seul organe ou, au contraire, se répandre dans les organes les plus divers. Dans ce dernier cas, la cysticercose est généralisée, mais encore peut-elle présenter des variations qu'il nous a semblé intéressant de mettre en relief. C'est pourquoi nous donnons ci-dessous un tableau de la distribution des parasites dans les divers points du corps, d'après le relevé de 68 observations de ladrerie généralisée.

Système nerveux

Méninges

Méninges en général	4 cas
Dure-mère	2 »
Pie-mère.	3 »
Espaces arachnoïdiens	1 »

Cerveau

Hémisphères.	6 cas
Sillons	2 »
Autour des vaisseaux, spécialement de l'artère sylvienne	2 cas
Substance grise	6 »
Substance blanche.	2 »
Couche optique.	6 »
Corps striés.	5 »
Noyau lenticulaire.	3 »
Noyau caudé	2 »

Ventricules cérébraux :

Ventricules latéraux	6 cas
Plexus choroïdes	4 »
3e ventricule	1 »
4e ventricule, ...	1 »
Cervelet	5 »
Moelle épinière . . .	2 »
Sans détermination précise .	10 »

Appareil circulatoire

Péricarde.	2 cas
Cœur.	10 »
Ventricule droit	3 »
Ventricule gauche.	2 »
Veine crurale	1 »

Appareil respiratoire

Larynx	1 cas
Poumon	11 »
Plèvres	5 »

Appareil digestif et ses annexes

Bouche	1 cas
Langue	3 »
Parotide	1 »
Intestin	2 »
Foie	4 »
Pancréas.	3 »
Péritoine.	1 »
Mésentère	4 »
Épiploon.	1 »
Mésocæcum	1 »

Appareil génito-urinaire

Rein	3 cas

Organe de la vision

Orbite	1 cas
Conjonctive	1 »

Muscles et tissu cellulaire

Tête

Tête	1 cas
Cuir chevelu	4 »
Région temporale	1 »

Face

Face	4 cas
Front	4 »
Joues	4 »
Menton	2 »
Lèvres	3 »
Mâchoire	2 »

Cou

Cou	10 cas
Muscle rhomboïde	1 »

Tronc

Poitrine	18 cas
Fosse sus-épineuse	1 »
Grand pectoral	9 »
Petit pectoral	7 »
Dos	15 »
Trapèze	5 »
Grand dorsal	2 »
Muscles lombaires	6 »
Abdomen	14 »
Diaphragme	2 »
Périnée	1

Membre supérieur

Aisselle	2 cas
Épaule	4 »
Deltoïde	5 »
Bras	22 »
Coude.	5 »
Avant-bras	9 »
Main	2 »
Sans détermination précise	3 »

Membre inférieur

Bassin	3 cas
Fesse	5 »
Pli de l'aine.	2 »
Cuisse	12 »
Genou	2 »
Jambe	9 »
Malléole	1 »

Sans détermination précise

Muscle	13 cas
Tissu cellulaire.	13 »

Tissu osseux (1 cas)

Tisssu glandulaire (5 cas)

Comme on le voit, c'est donc surtout dans l'encéphale et ses annexes que siègent les parasites dans les cas de ladrerie généralisée.

Voyons maintenant de quelle manière se répartissent les Cysticerques quand ils sont localisés à un organe. Nous avons relevé 414 cas rentrant dans cette catégorie.

Système nerveux (149 cas)

Méninges

Méninges en général	8 cas
Dure-mère	4 »
Pie-mère	10 »
Espaces arachnoïdiens	5 »

Cerveau

Hémisphères	71 cas
Sillons	29 »
Entourant les artères cérébrales	4 »
Substance grise corticale	21 »
Substance blanche	3 »
Couche optique	12 »
Corps striés	12 »
Noyau lenticulaire	1 »
Noyau caudé	1 »
Tubercules quadrijumeaux	4 »
Chiasma	5 »
Trigone	2 »
Espace interpédonculaire	2 »
Espace perforé antérieur	1 »
Vaisseaux du cerveau	1 »

Ventricules cérébraux

Ventricules latéraux	19 cas
Plexus choroïde	6 »
3e ventricule	2 »
4e ventricule	29 »
Cervelet	13 »
Moelle épinière	5 »
Queue de cheval	2 »
Protubérance	2 »
Pont de Varole	6 »
Bulbe	2 »
Sans détermination précise	15 »

Œil et ses annexes (248 cas)

Paupières	5 cas
Orbite	10 »
Conjonctive	39 »
Cornée	2 »
Chambre antérieure	17 »
Iris	1 »
Cristallin	1 »
Corps vitré	101 »
Rétine	68 »
Choroïde	1 »
Capsule de Tenon	2 »

Appareil circulatoire (10 cas)

Cœur	2 cas
Ventricule droit	1 »
Ventricule gauche.	5 »
Artère pulmonaire.	1 »
Aorte	1 »

Appareil respiratoire (2 cas)

Larynx	1 cas
Poumon	1 »

Appareil digestif et ses annexes (3 cas)

Bouche	1 cas
Langue	1 »
Foie	1 »

Appareil génito-urinaire (3 cas)

Vessie et urine	2 cas
Testicule.	1 »

C'est donc dans l'œil, puis dans le cerveau, que le Cysticerque siège le plus ordinairement dans les cas de ladrerie localisée à un seul organe.

Il nous reste à établir sa fréquence relative suivant les tissus où il se développe. Notre statistique porte sur 60 cas.

Tissu cellulaire (24 cas)

Tête		1 cas
Face (sourcil)		1 »
Cou		2 »
Tronc (thorax)		4 »
» (dos)		3 »
» (abdomen)		3 »
Membre supérieur	(aisselle)	2 »
»	(deltoïde)	2 »
»	(bras)	1 »
»	(avant-bras) . . .	2 »
»	(main).	2 »

Membre inférieur (hanche)	1 cas
» (fesse)	1 »
» (cuisse)	1 »
» (rotule)	1 »
» (jambe)	1 »
Parties indéterminées.	8 »

Tissu musculaire (28 cas)

Tête (tempe).	1 cas
Face (front)	3 »
» (joue)	1 »
» (lèvre)	3 »
Cou	1 »
» (splenius)	1 »
Tronc (thorax)	1 »
» (grand pectoral)	1 »
Membre supérieur (deltoïde). . . .	1 »
» (bras).	3 »
» (biceps)	3 »
» (avant-bras) . . .	1 »
» (main)	1 »
Membre inférieur (bassin)	1 »
» (cuisse)	1 »
» (muscle couturier) .	1 »
» (muscle péronier) .	1 »

Tissu osseux (2 cas)

Os frontal au niveau de la suture coronaire	1 cas
Phalange du médius	1 »

Tissu glandulaire (5 cas)

Région mammaire.	1 cas
Sein	2 »
Mamelon.	2 »

Le tissu cellulaire sous-cutané et le tissu musculaire sont les sièges de prédilection des Cysticerques. Cela revient à dire que ceux-ci se fixent plus que exclusivement dans le tissu conjonctif, car c'est bien dans ce tissu, et non dans le tissu musculaire lui-même, qu'ils se développent.

Lésions anatomo-pathologiques

Nous décrirons successivement les lésions provoquées dans les différents organes et tissus, en suivant l'ordre adopté pour les tableaux statistiques.

Lésions des organes

Cerveau. — On peut les diviser en trois catégories :

1° *Lésions dues à la compression.* — La compression d'une artère peut amener l'anémie et, par suite, le ramollissement de la substance cérébrale. Cette compression est d'autant plus naturelle que les Cysticerques se trouvent le plus souvent dans le voisinage des artères et sont même à cheval ou suspendus à ces dernières (Zenker, 458; Bitot et Sabrazès, 598; Chabrely, 602; Levi et Lemaire, 759).

La compression d'une veine peut causer un épanchement séreux et, par suite, une hydropisie ventriculaire qui pourrait devenir chronique et donner lieu à l'hydrocéphalie. Cela se voit notamment quand la compression porte sur la veine de Galien.

Quand le Cysticerque comprime la substance cérébrale elle-même, celle-ci se trouve refoulée, aplatie et peut aussi se ramollir. Le même effet résulte de la compression du plancher des ventricules, qui finit par s'atrophier (Leven, 198). Dans le quatrième ventricule, l'épendyme s'épaissit souvent et devient le siège d'une inflammation chronique, granuleuse, due à une néoformation cellulaire.

2° *Lésions irritatives.* — Elles consistent ordinairement en une simple congestion des enveloppes cérébrales ou inflammation adhésive : méningite chronique, pachyméningite, méningite suppurée (Sevestre, 325), opacité de la pie-mère et de l'arachnoïde. Citons ici un cas assez curieux de Germain Sée (324), où une méningo-encéphalite s'est développée par la présence d'un seul Cysticerque dans les méninges.

3° *Lésions dues à des ruptures du kyste ou des parties voisines.* — La rupture de la vésicule peut provoquer une compression brusque du cerveau, grâce à l'épanchement du liquide qu'elle contient. La rupture des vaisseaux produit des hémorragies cérébrales, ayant pour conséquence la production de foyers apoplectiques. Il

s'agit dans tout cela de lésions mécaniques, qui laissent en général le tissu cérébral intact. Leudet (103) nous montre un cas où la cysticercose cérébrale n'a donné lieu à aucune altération de cet organe.

Œil. — Le Cysticerque est extrêmement rare dans l'*orbite*. Il y provoque une inflammation, généralement accompagnée de suppuration, de myosite et de névrite. Ces lésions expliquent le ptosis, qui peut persister même quand la tumeur est extirpée.

Dans la *capsule de Tenon*, la présence du parasite donne lieu tantôt à du liquide séreux (Meyer, 644), tantôt à du pus (Sgrosso, 669).

Dans la *paupière*, on voit parfois apparaître des petits abcès dus à la présence du parasite (Karevsky, 536; Bowman, 88).

Le Cysticerque se fixe bien plus souvent dans la *conjonctive*, et de préférence à l'angle interne de l'œil. Il adhère alors à la sclérotique par du tissu fibreux. Parfois le sac du Cysticerque contient des cellules géantes [1] qu'on trouve d'ailleurs toutes les fois qu'il y a des proliférations épithéliales (Makrocki, 468); d'autres fois, il contient du liquide purulent (Estlin, 43).

Dans l'œil même, le parasite siège ordinairement derrière la *rétine*, en haut et en dehors, plus rarement au centre, en bas et en dedans, plus rarement encore en haut et en dedans. La rétine se décolle sur une étendue plus ou moins grande et ses vaisseaux se dilatent. Hirschberg (641) nous rapporte une observation où la rétine, totalement décollée, se prolongeait à travers tout le bulbe. C'est derrière cette membrane que se trouvait un Cysticerque long de douze millimètres.

Le parasite, en grossissant peu à peu, déprime de plus en plus la rétine, qu'il peut finir par déchirer et tomber ainsi dans le corps vitré; la rétine présente alors soit une plaque rouge (Van-Duyse, 501), soit une cicatrice qui montre en quel point a eu lieu la déchirure. Leber (378 et 526) a eu l'occasion d'observer deux fois un Cysticerque au moment même où il traversait la rétine pour venir se loger dans le corps vitré. Dans un de ces cas, deux tiers du parasite pendaient du côté du corps

(1) Stieda considère les cellules géantes comme des corps étrangers provenant des parois du Cysticerque (Kahlden, 722).

vitré dans lequel on l'a trouvé libre quatre semaines après ; dans le second cas, ce fut seize jours après.

Qu'il ait pénétré dans le *corps vitré* par cette voie ou qu'il s'y soit développé primitivement, le Cysticerque siège habituellement dans sa partie inféro-externe, moins souvent dans les régions inféro-interne, supéro-externe, supéro-interne et antérieure ; on le voit aussi fréquemment sur la ligne équatoriale. Sa présence détermine l'opacité du corps vitré : on a noté cette lésion 36 fois sur 95 cas, tandis que l'aspect floconneux n'a été observé que huit fois et la



Fig. 6. — Cysticerque du corps vitré, d'apres Lagrange.

liquéfaction du corps vitré deux fois seulement. Dans un cas le parasite, complètement résorbé, fut entouré d'une néoformation tuberculeuse, qui contenait en masse des cellules géantes. A l'autopsie on a pu constater une tuberculose pulmonaire concomitante très avancée (Schrœder, 612).

L'iritis et la choroïdite sont des complications habituelles, aussi bien quand les parasites siègent sous la rétine que dans le corps vitré (Graefe, 124).

Le Cysticerque est très rare dans le *cristallin* ; il provoque l'opacité de cet organe. En revanche, il est très fréquent dans la *chambre antérieure.* A titre d'exception il se loge parfois dans l'*iris* (Teale, 224), ainsi que dans l'épaisseur de la *cornée* (Appia, 95).

Le parasite peut provoquer à la longue la « phtisie de l'œil », ou bien, s'il n'amène pas d'aussi graves complications, il meurt dans les milieux de l'œil, y subit l'invasion des sels calcaires et se comporte alors comme un corps étranger dont la présence détermine une irritation plus ou moins vive.

Annexes du tube digestif. — Davaine (347) affirme que le Cysticerque ne se loge jamais ni dans la rate ni dans les reins. Pourtant, Stich (116) dit avoir constaté sa présence dans la rate, et Gellerstedt (123) l'a vu trois fois dans les reins. Il n'est pas rare de le rencontrer dans le foie. Fiedler (n° 185) l'aurait observé dans les ganglions mésentériques au niveau de la partie inférieure de l'iléon : chaque ganglion était hypertrophié et renfermait en son milieu un Cysticerque ; quelques-uns étaient purulents. D'autres parasites étaient logés entre les deux feuillets du mésocaecum dans le tissu conjonctif.

Appareil génito-urinaire. — Le Cysticerque siège rarement dans l'appareil génito-urinaire, mais il n'y est pas sans exemple ; Holcher (116) l'a vu une fois dans la vessie ; Wertenkampf (30) l'a trouvé dans l'urine ; Cooper (87) l'a observé une fois dans le testicule ; Stich (116) a constaté sa présence dans l'utérus.

Vaisseaux. — Le Cysticerque privé d'enveloppe siège parfois dans une dilatation anévrysmale ; c'est ainsi que Zeder l'a rencontré dans une artère de la base du crâne et que Demarquay (56) l'a vu dans un caillot de la veine crurale.

Certains auteurs prétendent que, dans le cas de ladrerie, le sang du Porc est altéré. Voici quels arguments on invoque à l'appui de cette opinion :

1° La muqueuse buccale présente parfois des taches rouges ou violettes qui ont fait comparer la ladrerie au scorbut.

2° La chair du Porc ladre surnage d'abord : elle ne se porte au fond de l'eau dans laquelle on la fait cuire qu'après avoir fourni un mucus écumeux qui donne un bouillon trouble et lactescent.

3° Cette chair prend mal le sel et fournit au saloir une grande quantité de sérosité.

4° Elle s'altère par la chaleur et l'humidité.

Toutefois, cette croyance en l'altération du sang ne pourra être solidement assise qu'après analyse comparative du sang d'un animal sain et d'un animal ladre.

Lésions des tissus.

En thèse générale, on peut dire que chaque parasite a sa localisation spéciale : l'Hydatide occupe le foie et le poumon, la Trichine

siège dans les muscles, le Cysticerque dans le tissu cellulaire sous-cutané et intermusculaire ainsi que dans le cerveau et l'œil : il occupe rarement les organes envahis par les Hydatides.

Les tissus au milieu desquels se développe le Cysticerque réagissent peu et peuvent même ne présenter aucune espèce d'altération. C'est sans doute à son développement lent et progressif autant qu'à sa nature d'être organisé et vivant, qu'il faut attribuer le peu d'intensité des phénomènes réactionnels imprimés aux tissus voisins. Les corps inorganiques se comportent bien différemment : leur présence au sein des tissus provoque presque toujours une phlegmasie locale allant jusqu'à la suppuration et la formation d'un abcès dont le rôle est d'éliminer les corps étrangers. C'est ainsi que les tissus réagissent plus fréquemment quand le Cysticerque est mort et subit la transformation calcaire (Karevsky, 536 ; Reverdin, 513 ; Uhde, 87). Au contact du parasite, les éléments histologiques lui fournissent seulement une membrane d'enveloppe, où il peut vivre en attendant son passage dans le tube digestif d'un carnassier.

Muscle. — C'est surtout dans les muscles volontaires au voisinage de leur insertion, qu'on observe le parasite : il est logé entre les fibres musculaires. Tantôt les kystes se trouvent disséminés un peu partout, tantôt ils sont rassemblés en un seul muscle. Par ordre de fréquence voici quelle est leur localisation : membres supérieurs, portion sus-diaphragmatique, membres inférieurs, face, portion sous-diaphragmatique. On les a vus une seule fois à la main dans les muscles de l'éminence thénar (Anger, 249), cinq fois dans les muscles de la langue, une fois dans ceux du plancher de la bouche.

Les kystes sont dirigés dans le même sens que les fibres musculaires, entre lesquelles ils sont logés et qu'ils écartent sans les détruire, on trouve autour d'eux un amas plus ou moins abondant de cellules adipeuses (Ordonez, 177).

Les fibres elles-mêmes deviennent pâles, granuleuses et facilement dissociables. Elles contiennent une certaine proportion d'hématosine, ce qui prouve l'existence antérieure de petites hémorragies. Les kystes peuvent subir la dégénérescence graisseuse ou crétacée : suivant Cobbold cette dernière se manifesterait déjà au bout de 8 mois et même plus tôt, après 5 ou 6 mois. Le Cysti-

cerque mort se comporte au sein du tissu musculaire comme tout autre corps étranger; il peut entraîner à la longue, grâce à la pression qu'il exerce sur les éléments anatomiques ainsi que grâce à sa solidification, une réaction inflammatoire, accompagnée de suppuration (Braun, 672; Karevsky, 526; Fischer, 396; Gursky, 605, etc.).

Les Cysticerques du cœur méritent une mention spéciale. Ils sont assez fréquents et peuvent occuper toutes les parties de l'organe : muscle, cavités, piliers, péricarde, endocarde. On les a vus deux fois sous l'endocarde, à l'origine de l'aorte (Gellerstedt, 123; Delle Chiaje, 116); une fois le parasite bouchait l'artère pulmonaire (Richard Smidt, 116). Le cœur est le plus souvent hypertrophié, l'augmentation de volume portant sur les parois et non sur les cavités. Le myocarde est de teinte grisâtre et souvent à l'état de contracture tétanique; ses fibres sont parfois pigmentées. Les valvules mitrale et aortique peuvent être calcifiées et rétractées (Williams, 752); enfin la symphyse cardiaque n'est pas rare. Les veines envoient des rameaux vers le parasite.

Tissu cellulaire. — Dans le tissu cellulaire, les Cysticerques peuvent être superficiels ou profonds : superficiels, quand ils siègent dans le tissu conjonctif sous-cutané ; profonds, quand ils sont logés dans le tissu sous-aponévrotique ou entre les faisceaux musculaires. C'est toujours sous la peau, et non dans la peau qu'ils se trouvent.

Le plus souvent ils sont disséminés dans le tissu conjonctif de tout l'organisme, d'autres fois, ils sont seulement localisés dans certaines régions.

Aux membres ils occupent de préférence la racine, de sorte qu'on les voit très rarement aux mains et jamais aux pieds : nous n'avons relevé en tout que cinq cas de Cysticerque à la main (voir les observations). En revanche, ils se développent en un point quelconque de la face, notamment au front et aux joues ; ils y sont ordinairement solitaires ; cependant Greve (354) a cité un cas où plusieurs Cysticerques siègeaient côte-à-côte sous la muqueuse de la joue.

Le plus souvent, les kystes nagent dans le tissu conjonctif, auquel ils adhèrent par des tractus celluleux lâches. Le tissu cellulaire peut s'enflammer, et alors l'incision livre passage à du pus ou à du pus mélangé de sang. Chaque poche kystique ne contient générale-

ment qu'un seul parasite, mais Follin et Robin (65) en ont trouvé trois dans une même poche située sous le péritoine, au niveau du grand droit de l'abdomen.

Tissu osseux. — Froriep a vu un Cysticerque dans la première phalange du médius (Rokitansky, 136). Virchow (362) a observé un cas dans la suture coronaire du bord frontal chez un nouveau-né. La vésicule était entourée d'un côté par du tissu osseux, et de l'autre par la substance fibreuse de la suture coronaire.

Tissu glandulaire. — Le Cysticerque peut siéger dans la glande mammaire, dont il amène parfois l'inflammation, accompagnée de suppuration (Uhde, 87; Karevsky. 536). Il siège indifféremment à droite ou à gauche, tantôt dans le tissu cellulaire péri-glandulaire, tantôt dans la glande elle-même, tantôt encore au niveau du mamelon. Il se voit aussi dans d'autres glandes, dans la parotide, par exemple, où Bonhomme (183) a noté une fois sa présence. Ce même observateur l'a trouvé trois fois dans le pancréas.

CHAPITRE VI

PATHOGÉNIE ET ÉTUDE EXPÉRIMENTALE

Pathogénie.

Modes d'infestation. Auto-infestation. — L'œuf du *Tænia solium* mesure 30 à 36 μ en moyenne; il est protégé par une cuticule épaisse, ainsi que par une membrane vitelline, qui renferme l'oncos phère ou l'embryon hexacanthe, large de 20 à 22 μ.

Comme nous l'avons déjà dit, l'œuf, parvenu dans l'estomac, est ramolli par l'action du suc gastrique, se déchire et met l'embryon en liberté. L'œuf peut arriver dans l'estomac de différentes façons. Sans rappeler toutes les circonstances déjà énumérées plus haut, disons simplement que l'auto-infestation peut elle-même être de deux sortes : elle est *externe*, quand l'individu, porteur d'un Ténia, introduit dans sa bouche les œufs de ce parasite qui peuvent souiller ses mains ; elle est *interne*, quand les œufs du Ver sont mis en liberté dans le tube digestif et y éclosent : les embryons émigrent alors dans les organes.

Ce second mode d'infestation directe peut s'observer quand les œufs de l'Helminthe sont semés en plus ou moins grand nombre dans l'intestin, par suite d'une déchirure des anneaux, ou quand ceux-ci subissent ces larges pertes de substance qui caractérisent le *Tænia fenestrata.* Il en est de même, lorsque les contractions antipéristaltiques de l'intestin font remonter jusque dans l'estomac des anneaux plus ou moins nombreux, qui peuvent même être rejetés par le vomissement. Ce n'est pas ici le lieu de discuter ces faits, qui sont d'ailleurs bien connus. Voici néanmoins quelques exemples : Frankenhaüser (279 bis) a vu deux fois vomir des

anneaux par des malades atteints de cysticercose ; un cas identique a été observé par Stefani (633).

La coïncidence du *Tænia solium* et de la ladrerie chez un même individu est d'ailleurs un fait assez fréquent. En 1875, Lewin avait pu en réunir une vingtaine d'observations (677). Graefe rapporte 89 cas de Cysticerque oculaire ; dans 5 cas, les malades portaient aussi le Ténia. Le malade d'Auscher (739) avait même deux Ténias ; celui de Freirichs (354) en avait quatre.

Les nombreuses observations, que nous avons relevées, nous conduisent à la statistique suivante : sur 248 malades ayant le Cysticerque dans l'œil, 27 étaient porteurs de Ténia ; sur 145 atteints de ladrerie des muscles, du tissu conjonctif ainsi que d'autres organes, 20 avaient également le Ténia ; sur 149 cas de Cysticerque du cerveau nous avons 6 cas de Ténia.

Les Cysticerques apparaissent parfois presque en même temps que le Ténia (Darier, 688). Mais il est plus normal de ne constater leur présence qu'un certain temps après celle du parasite intestinal (Perrin, 648 ; Mende, 159). Parfois ce ne sont que des troubles causés par les Cysticerques qui coïncident avec l'apparition du Ver solitaire (Sinclair, 471 ; Haltenhoff, 506, etc.)

Leuckart n'a observé que 27 fois la coexistence du Ténia et de la ladrerie. Quant à Virchow, il dit n'avoir jamais constaté sur le cadavre une pareille coïncidence (Melnikov-Rasvednikov, 629).

Voies de migration de l'embryon vers les divers tissus de l'économie. — L'embryon du Ténia étant éclos dans le tube digestif, quelle voie suit-il pour envahir les divers tissus de l'économie ? La question est insoluble en l'absence de toute expérience positive, et l'on en est réduit aux hypothèses. Celles-ci sont au nombre de trois :

Migration de l'embryon entre les éléments anatomiques grâce à ses crochets

A l'appui de cette première hypothèse, on doit rappeler que Baillet, après avoir infesté des animaux avec des œufs du *Tænia serrata*, a trouvé à la surface de certains viscères, tels que le foie, le poumon et le cerveau, des sillons qu'il croit déterminés par le passage des embryons. Ceux-ci, primitivement contenus dans l'estomac ou l'intestin, s'insinueraient donc, grâce à leurs cro-

chets, entre les éléments anatomiques, les écarteraient pour se frayer un chemin et continueraient ainsi leur route jusqu'à ce qu'un obstacle vienne s'opposer à leur libre passage.

Certains faits plaident en faveur de cette conception. C'est ainsi, par exemple, que les Cysticerques sont d'autant plus rares que la distance à parcourir est des plus grande ; on ne les voit que par exception aux mains et jamais aux pieds, non plus que dans le tissu osseux. D'autre part, on remarquera que les Cysticerques sont logés le plus ordinairement dans la région sus-diaphragmatique, en particulier dans les muscles et le tissu conjonctif du thorax (grand pectoral, petit pectoral, etc.), par conséquent en des points assez rapprochés du lieu d'éclosion des embryons.

Migration de l'embryon par la voie sanguine

Cette seconde hypothèse a pour elle la grande vraisemblance. Voigtel (225) a trouvé dans un gros vaisseau du cerveau huit à dix vésicules de Cysticerque; elles y étaient fixées à la paroi comme un collier de perles, se serrant les unes contre les autres. En faisant l'autopsie d'un Mouton, auquel il avait fait avaler, cinq jours auparavant, des anneaux de *Tænia marginata*, Küchenmeister trouva des embryons dans les vaisseaux sanguins qui se rendent à la veine porte. D'après le même auteur, les Cysticerques se trouvent surtout dans les organes riches en fins capillaires. Leuckart a vu aussi un embryon vivant dans le sang de la veine porte.

L'embryon traverse la paroi de l'estomac ou de l'intestin, pénètre dans les branches d'origine de la veine porte et arrive ainsi dans le foie. Toutefois, il ne s'arrête qu'exceptionnellement dans cet organe, puisque sur 542 observations de Cysticerque relevées par nous, le parasite ne siège que quatre fois dans ce viscère, d'ailleurs en même temps que dans d'autres organes.

On peut donc dire que les embryons ne font que traverser le foie : ils continuent leur route par les veines sus-hépatiques, la veine cave inférieure, le cœur droit, le poumon. Ils ne s'arrêtent pas davantage dans ce dernier organe, puisque sur les 542 observations, 11 seulement se rapportent à la cysticercose pulmonaire, et encore les parasites ne siégeaient-ils qu'une seule fois dans le poumon

seul à l'exception de tout autre organe. Du poumon, les embryons passent donc dans le cœur gauche, qui les chasse dans la circulation générale, celle-ci ayant pour mission de les disséminer dans les divers organes de l'économie.

L'embryon a un diamètre moyen de 20 à 22 μ, bien supérieur à celui des capillaires hépatiques (9 à 21 μ) ou pulmonaires (13 μ). Il devrait donc s'arrêter de préférence dans le foie ou le poumon ; or, les Cysticerques sont excessivement rares dans l'un ou l'autre de ces organes. Cela tient à ce que l'embryon, doué d'une contractilité très grande et d'une consistance molle, est souple et dépressible, et peut s'effiler pour traverser des capillaires d'un calibre inférieur au sien. D'autre part la congestion possible du foie et du poumon, ainsi que les fortes inspirations, favorisent la dilatation momentanée des capillaires, ce qui facilite encore la progression des embryons. Enfin ces derniers peuvent à la rigueur s'aider de leurs crochets pour rompre un capillaire qui s'oppose à leur passage.

On doit donc admettre que l'embryon pénètre dans l'organisme par l'une ou l'autre de ces voies. Il suit notamment la voie sanguine pour aborder les organes lointains, tels que le cerveau et l'œil ; la rareté du Cysticerque dans l'orbite, alors qu'il est si fréquent dans l'œil, tient précisément à ce que le premier de ces organes est très peu vasculaire.

Migration de l'embryon par la voie lymphatique

D'après ce qui précède, il semble qu'on doive attribuer un rôle très effacé à la pénétration par la voie lymphatique. Schaffrath pense que l'embryon pénètre tout d'abord dans les veines gastro-intestinales, puis sort de la veine porte pour passer dans le système lymphatique : il suivrait alors le canal thoracique, tomberait dans la veine sous-clavière gauche et arriverait au cœur droit, d'où il continuerait son trajet par la voie sanguine. Mais il faut convenir que cette hypothèse compliquée ne repose sur aucun fait d'observation : on ne saurait invoquer en sa faveur l'observation de Bitot (572), qui a vu un Cysticerque dans les vaisseaux lymphatiques du Veau.

Enfin on a prétendu que l'embryon du Ténia pourrait éclore en

dehors de l'organisme et pénétrer directement dans le corps, par effraction à travers la peau. Küchenmeister (90) est de cet avis en ce qui concerne le Porc : couché au milieu des excréments, cet animal se trouverait dans les conditions les plus favorables à une telle infestation. Hanus (703) croit que l'œuf, amené par hasard dans le cul-de sac conjonctival, s'y ramollit au contact des larmes et livre passage à l'embryon, qui pénètre alors directement dans l'orbite ou dans le globe oculaire. De telles conceptions ne reposent sur aucune observation positive ; elles sont d'ailleurs en contradiction avec les faits les plus solidement établis. Nous ne croyons pas devoir les exposer plus longuement.

Nous devons attacher plus d'importance au *traumatisme*, auquel certains auteurs ont attribué un rôle capital dans l'apparition des Cysticerques Le fait en lui-même est indéniable et plusieurs de nos observations, notamment celles qui portent les n°s 637 et 737, le mettent en évidence.

Comment donc expliquer que les parasites se montrent de préférence aux points qui, à une date plus ou moins récente, ont été le siège de traumatisme ? Pourquoi les embryons se portent-ils de préférence vers ces mêmes points ? Pourquoi s'y fixent-ils ? autant de questions au sujet desquelles on a émis les opinions les plus contradictoires.

Bien que Davaine n'admette pas cette manière de voir, nous croyons que Boncour a donné la seule explication rationnelle. Le traumatisme s'accompagne très ordinairement de ruptures vasculaires et d'épanchements sanguins : les embryons qui, au moment du traumatisme ou peu de temps après, circulent dans les vaisseaux, trouvent ainsi toute ouverte une solution de continuité par laquelle ils peuvent pénétrer dans les tissus ; ils s'arrêtent donc dans la zone hémorragique et ne tardent pas à s'y transformer en Cysticerques.

D'autre part, les Cysticerques, pouvant exister au préalable dans la région soumise au traumatisme, se trouvent, du fait de celui-ci, soudainement entourés de sang extravasé, c'est-à-dire de sucs qui leur apportent une nourriture plus abondante ; ils subissent donc une rapide augmentation de volume et c'est ainsi qu'on voit apparaître, peu de temps après le traumatisme, des tumeurs jusque là inaperçues. Le même résultat peut être acquis aussi en dehors de toute déchirure capillaire, par suite de la fluxion pro-

voquée par le traumatisme et de la vascularisation plus active qui en est la conséquence.

Tel est, suivant nous, le mécanisme qui détermine l'apparition des Cysticerques en des points soumis préalablement au traumatisme. On a dit que, dans ces circonstances, les parasites se montraient au niveau du traumatisme parce que celui-ci provoquait une moindre résistance de l'organisme. Mais c'est là une supposition toute gratuite, une simple expression vide de sens : les explications qui précèdent montrent ce qu'il faut entendre par ce *locus minoris resistentiæ*.

Étude expérimentale.

La loi de la génération alternante, formulée pour la première fois par J. Steenstrup en 1842, a trouvé chez les Cestodes la plus éclatante confirmation. En effet, P. J. Van Beneden, Küchenmeister et d'autres ont montré par des ingénieuses expériences que ces Helminthes doivent subir des migrations et passer par deux hôtes successifs pour parcourir tout le cycle de leur évolution. L'œuf du *Tænia serrata*, ingurgité par le Lapin, donne naissance chez celui-ci au *Cysticercus pisiformis* ; ce dernier, dégluti par le Chien, se transforme en *Tænia serrata*. Par un mécanisme tout semblable, le *Cysticercus cellulosæ* du Porc devient le *Tænia solium* de l'Homme. Il résulte donc de ces faits que les Vers vésiculaires que l'on considérait jusqu'alors comme des espèces parasitaires définies ou comme des Ténias égarés, ne sont autre chose que l'état larvaire des Cestodes.

Les expériences sur lesquelles est basée cette doctrine sont bien connues : notamment, elles ont été rapportées par R. Blanchard dans son excellent *Traité de Zoologie médicale*, auquel nous avons eu si souvent recours ; il nous paraît donc inutile de les citer ici de nouveau. Bornons-nous à rappeler une expérience peu connue de Ch. Robin (361), qui vit apparaître dans ses déjections des anneaux mûrs de *Tænia solium* trois mois et deux jours après avoir ingéré dans du lait tiède quatre *Cysticercus cellulosæ* recueillis sur un cadavre. Par la suite, il fit avaler un certain nombre de ces anneaux mûrs à des Porcs et à des Chiens à la mamelle, mais sans résultat.

Malgré l'éclatante précision des faits que nous venons de rappeler, Gavoy (550) a prétendu que le Cysticerque de l'Homme n'était pas identique à celui du Porc ; il s'appuie notamment sur des différences de longueur des crochets. Cette opinion a été facilement réfutée par R. Blanchard (544).

Nous avons vu que la ladrerie humaine résultait parfois d'une véritable auto-infestation, ayant pour point de départ un *Tænia solium* siégeant dans l'intestin grêle. On s'est demandé si l'Homme ne pourrait pas héberger de même le *Cysticercus bovis* et si la présence d'un *Tænia saginata* dans le tube digestif ne pourrait pas avoir pour conséquence une auto-infestation. Laboulbène et Troisier (518) sont assez enclins à adopter cette manière de voir. Cette hypothèse a trouvé des défenseurs dans Bitot et Sabrazès (572), ainsi que de Nabias et Dubreuilh (588) qui, ayant rencontré des Cysticerques rameux dans les centres nerveux et dans le cœur, voulurent les assimiler à la larve du Ténia inerne. Mais M. le professeur R. Blanchard nous a donné communication de lettres par lesquelles l'un des observateurs que nous venons de citer reconnaissait avoir commis une erreur de détermination.

Concluons donc avec R. Blanchard « qu'il est actuellement hors de doute que les Cysticerques de l'Homme appartiennent tous à une seule et même espèce et représentent l'état larvaire du *Tænia solium.* »

CHAPITRE VII

SYMPTOMATOLOGIE

Cysticercose généralisée

Au début, l'affection est généralement ignorée et ne se manifeste par aucun symptôme. En effet, il résulte de la plupart des observations, que les premiers symptômes peuvent n'apparaître que fort longtemps après le développement du Cysticerque. On peut s'en rendre facilement compte dans les cas où la ladrerie s'est généralisée au tissu conjonctif sous-cutané, car on a vu des malades ne présenter de troubles sérieux que six mois, un an et vingt-trois ans (Achard, 753), après l'apparition de la tumeur sous-cutanée. Le plus souvent c'est au bout de deux ans qu'apparaissent les premiers symptômes.

Nous verrons plus loin que les troubles cérébraux dominent la scène dans la cysticercose généralisée. On peut se demander si cette symptomatologie cérébrale peut exister dans la ladrerie généralisée alors que le cerveau n'est pas atteint par le Cysticerque, c'est-à-dire en dehors de toute lésion anatomo-pathologique du système cérébro-spinal. On n'ignore pas que la présence du Ténia dans l'intestin, par exemple, détermine des troubles analogues à prédominance cérébrale (vertiges, attaques d'épilepsie, convulsions, vomissements, etc.), sans qu'il y ait des lésions cérébrales ; ces troubles sont donc d'origine réflexe ou toxique. On pourrait également penser qu'il en est de même dans la cysticercose. Van-Duyse (501) nous montre en effet un cas de cysticercose oculaire accompagnée d'un grand nombre de troubles cérébraux ; ceux-ci

avaient complètement disparu après l'expulsion d'un Ténia chez le malade.

Mais cette question est résolue par les nombreuses autopsies qui sont notées plus loin et qui prouvent que les parasites existaient dans la substance cérébrale en même temps que dans les muscles, le tissu conjonctif et les viscères.

Les symptômes de la ladrerie généralisée sont excessivement variables; ils dépendent essentiellement de la localisation d'un plus ou moins grand nombre de Cysticerques dans tel ou tel organe. Tantôt on ne constate qu'un seul symptôme durant toute la maladie; tel, par exemple, la fatigue générale dans le cas de Rinaldo-Bovero (685) ou la céphalalgie dans celui de Bitot et Sabrazès (572). Tantôt les symptômes n'apparaissent que très peu de temps avant la mort (Langer, 436 ; Germain Sée, 324 ; Foerster, 172, etc.). On comprend sans peine que les Cysticerques logés dans l'encéphale donnent lieu à des symptômes bien plus graves que ceux qui se trouvent dans les muscles. Disons toutefois que dans un certain nombre de cas, la présence des parasites dans l'encéphale ne s'est manifestée pendant la vie par aucun symptôme et n'a été constatée que par hasard à l'autopsie (Bollinger, 545; Bouchut, 429 : Koeberlé, 168, etc.).

Les symptômes qui vont être énumérés, excepté quelques-uns d'entre eux, rappellent dans leur ensemble le tableau clinique des tumeurs cérébrales. Ce sont : 1° des troubles moteurs, 2° des troubles sensitifs et réflexes, 3° des troubles sensoriels, 4° des troubles psychiques, 5° des troubles viscéraux, 6° l'état du sang, 7° des signes physiques et 8° des troubles généraux.

Il est évident que leur apparition, leur importance, leur ordre de succession, leur prédominance, leur association sont soumis à la plus grande diversité et qu'il est impossible de les grouper en un tableau clinique condensé et bien défini. C'est pourquoi le mieux est de les passer en revue dans l'ordre précité.

Troubles moteurs

Les troubles moteurs sont par ordre de fréquence : convulsions et attaques épileptiformes, crampes et contractures, chorée et ataxie, tremblement, troubles de la marche et troubles de la parole.

Convulsions et attaques épileptiformes. — Les convulsions peuvent être partielles et alors localisées à un groupe de muscles de la face, du cou, de la langue ; on les a même vues une fois localisées au muscle extenseur de l'index ; ou bien elles sont généralisées.

Elles sont cloniques ou toniques, et peuvent se présenter sous différentes formes : convulsions simples, convulsions épileptiformes; quelquefois même elles peuvent réaliser une véritable attaque d'épilepsie.

Les convulsions épileptiformes ne paraissent pas, toutefois, en rapport constant avec le siège de la lésion cérébrale ; elles peuvent être dues à quelques mouvements spontanés du parasite. On sait en effet que le Cysticerque peut se retourner à la manière d'un doigt de gant : en faisant saillir sa tête, il excite la substance cérébrale. Les convulsions épileptiformes, périodiques ou irrégulières au début, finissent parfois par devenir de plus en plus fréquentes et presque continues. Généralement elles prédominent du côté opposé au siège de la tumeur.

Les attaques épileptiformes ressemblent parfois à s'y méprendre à des crises d'épilepsie jacksonnienne (Posselt, 747). Dans ce cas, l'attaque commence par un tremblement du petit doigt qui se propage au membre supérieur, au membre inférieur, puis se généralise et se termine par la perte de connaissance. Rarement elle se présente sous la forme d'une véritable attaque d'épilepsie avec aura, cri, morsure de la langue et écume. Parfois le malade sent l'attaque venir : il éprouve même une sensation de chute, c'est-à-dire que l'attaque surprend le malade en pleine conscience. Jamais l'attaque ne se produit pendant que le malade est occupé.

Ces attaques se répètent quotidiennement et parfois même plusieurs fois par jour. Elles sont nocturnes ou diurnes. Leur durée varie d'une demi-heure à quatre ou six heures. Quelquefois elles se répètent pendant plusieurs semaines, s'arrêtent ensuite pour revenir au bout de quelques mois.

Il est évident que ces convulsions et attaques épileptiformes sont la manifestation de la ladrerie quand le parasite siège principalement à la surface du cerveau.

Au début, quand les attaques sont rares et espacées, l'état général du malade est bon ; ce n'est que plus tard, quand les attaques

deviennent fréquentes, qu'il se produit un état permanent d'apathie et de torpeur intellectuelle et que surviennent d'autres troubles, tels que perte de la parole, coma, etc. Dans un grand nombre de cas, les attaques sont suivies de certains troubles psychiques ; dans d'autres cas, on les voit apparaître simultanément avec des troubles psychiques : manie, délire, hébétude, imbécillité, etc.

Paralysies. — Les paralysies sont comme les convulsions partielles ou localisées et généralisées.

Les paralysies partielles peuvent atteindre isolément un seul muscle (droit externe ou interne de l'œil, releveur de la paupière supérieure, etc.) ou un groupe musculaire (muscles de la langue, de la face, des sphincters, etc.) Ainsi Küchenmeister a pu relever, sur 85 cas de ladrerie, 9 fois la paralysie isolée des sphincters sans paraplégie. Arndt (228) nous rapporte un cas de paralysie isolée des sphincters, alors que les Cysticerques siégeaient dans la pie-mère. Comme exemple de paralysie de tout un groupe musculaire citons encore le cas de Bouvier (42), où le membre supérieur gauche seul fut atteint de cette infériorité et où les parasites occupaient la couche optique du cerveau ; ainsi que celui de Marchand (405) : il s'agit là d'une paralysie de tous les muscles de l'œil due à la présence des Cysticerques dans le chiasma optique.

Les paralysies généralisées sont rares. Elles se présentent sous forme d'hémiplégie croisée, qui est alors généralement tardive. L'hémiplégie a été observée dix fois sur 30 cas par Lewin et six fois sur 47 cas par Aran (597).

La paralysie peut être passagère ou bien s'installer d'une façon définitive ; partie d'un muscle, elle envahirait successivement un grand nombre d'autres muscles et finalement se généraliserait. Dans ce cas, on doit attribuer cette marche progressive à la croissance de la tumeur.

Dans certains cas, on a observé des paralysies intermittentes qui paraissent tenir à la résorption du liquide céphalo-rachidien, quand il s'établit une circulation collatérale. La paralysie des nerfs crâniens est excessivement rare.

On a voulu attribuer la paralysie isolée du sphincter vésical, accompagnée d'incontinence d'urine, à la présence du Cysticerque dans le tuber cinereum. S'il en était véritablement ainsi, ce fait aurait une grande importance, car on pourrait induire de la

paralysie du sphincter vésical la présence du Cysticerque dans le cerveau et de plus sa localisation très précise dans ce dernier organe.

En ce qui concerne la fréquence des paralysies en général, déterminées par la ladrerie, Küchenmeister nous donne la statistique suivante : 23 cas de paralysie sur 85 cas de ladrerie ; Clémenceau cite 12 cas de paralysie sur 47 cas ; Lewin, 16 cas de paralysie sur 80 cas de ladrerie.

Crampes et *contractures.* — Les crampes devraient être plutôt attribuées à l'action directe des Cysticerques sur les muscles dans lesquels ils siègent ; elles seront donc étudiées avec les autres symptômes, que nous fournit la localisation des parasites dans les muscles. Quelquefois cependant il s'agit de crampes douloureuses viscérales, en particulier gastriques.

Les contractures qui accompagnent généralement les paralysies, ne se manifestent souvent que par un simple engourdissement d'un côté du corps, soit par des fourmillements des membres inférieurs, soit encore par de véritables contractures localisées à un ou plusieurs muscles (trismus, torticolis, opistotonos), analogues aux contractures tétaniques (Chabrely, 602 ; Arndt, 228 ; Marchand, 439 ; Virchow, 417, etc.).

Chorée et *ataxie.* — La chorée se présente souvent sous la forme d'attaques choréiformes ou plus fréquemment encore sous la forme d'hémichorée (Bouchut, 137). Hirt (534) a observé un cas de tabès avec incontinence d'urine chez un malade qui avait des Cysticerques au nombre de 15 à 20 à la partie supérieure de la moelle ainsi qu'au niveau de la queue de cheval. Chaque vésicule se trouvait appendue à une fibre nerveuse. Il y en avait de quatre centimètres et demi de long sur un centimètre et demi de large. Richter (631) cite un autre cas de tabès chez un malade qui avait deux Cysticerques dans la moelle au niveau de la dixième vertèbre dorsale.

Tremblement. — On a observé dans un certain nombre de cas, de la trémulation linguale et faciale et du nystagmus. Quelquefois aussi on a vu du tremblement généralisé à tout le corps avec exacerbations et rémissions intermittentes.

Troubles de la marche. — On note très souvent de la faiblesse

des jambes ou parésie ; la station est alors pénible, la marche incertaine avec ou sans chute. Dans certains cas, on a vu de la titubation (Meyer, 678), et des mouvements giratoires de l'individu sur lui-même. Ainsi Westphal (215) rapporte un cas où le malade exécutait des mouvements rotatoires autour de son axe. Dans l'observation de Jacobi (232), le malade tournait pendant des heures entières dans un cercle d'un à deux mètres de diamètre et toujours dans le même sens, sorte de tournis. Davaine, d'ailleurs, admet la présence du véritable tournis chez l'Homme, comme cela se voit chez le Mouton.

La projection de la tête à droite n'est pas un phénomène rare à observer. Le malade de Czyhlarz (741) avait des vertiges très intenses dès qu'il se trouvait à l'air frais et lorsqu'il tombait ce fut toujours du côté droit perpendiculairement à la direction de sa marche. A l'autopsie on a trouvé un Cysticerque dans le quatrième ventricule. Le malade de Fredet (313) tombait presque toujours perpendiculairement à la direction de sa marche ; chez ce dernier, le parasite siégeait dans la protubérance.

Troubles de la parole. — Ces troubles consistent tantôt en une simple difficulté d'élocution, tantôt en une véritable aphasie. Dans un cas, l'aphasie n'avait duré qu'un quart d'heure (Engel, 548). Celle-ci, d'ailleurs, est souvent la conséquence d'un ictus hémiplégique.

Troubles sensitifs et réflexes.

La *céphalalgie* est un symptôme très fréquent ; Clémenceau l'a notée 20 fois sur 47 cas. Elle s'observe presque toujours dès le début de la maladie. Elle est généralement d'intensité variable : depuis une simple lourdeur jusqu'à la manifestation de douleurs violentes qui peuvent arracher des cris au malade (cris de tête). Elle peut être aggravée par la pression et les mouvements de la tête (Verdun et Iversens, 738). Continue ou intermittente, cette céphalalgie présente parfois des exacerbations paroxystiques sous formes d'élancements très pénibles, qui accompagnent souvent les crises convulsives.

Elle se présente sous différentes formes : congestive, gravative,

térébrante, etc. Sa durée est variable : de quelques heures à des journées et même des mois entiers, toutefois avec quelques rares périodes de rémission. Elle peut être aussi bien diurne que nocturne.

Localisée à une partie de la tête (région sus-orbitaire, frontale, occipitale), elle peut s'irradier et même se généraliser à la moitié du crâne (hémicrânie) ou à la totalité de la tête, et alors le malade a une sensation de casque qui lui serre la tête.

La céphalalgie est tantôt fixe, tantôt migratrice, c'est-à-dire peut se transporter d'une région à une autre.

De même qu'elle accompagne parfois les convulsions, comme nous l'avons dit plus haut, elle est souvent accompagnée de troubles gastriques. Dans un cas, on l'a vu disparaître à la suite de l'expulsion d'un Ténia.

La céphalalgie symptomatique de la ladrerie généralisée est vraisemblablement due soit à la dissémination des Cysticerques dans les méninges et les couches corticales du cerveau, soit encore à des phénomènes réflexes. Cette dernière hypothèse peut se baser en effet sur la cessation de la céphalalgie après l'expulsion du Ténia du tube digestif.

L'anesthésie peut être localisée ou généralisée (Joire, 157). Le plus souvent, c'est l'hémianesthésie que l'on observe. Quelquefois il s'agit simplement d'hypoesthésie ; on a constaté parfois de l'analgésie. On a vu aussi de l'hyperesthésie, surtout sous-cutanée. Dans des cas tout-à-fait rares on a observé de la cryesthésie (Mader, 320).

Le réflexe rotulien est tantôt exagéré, tantôt aboli. Les soubresauts des tendons se voient assez souvent.

Troubles sensoriels

Troubles oculaires. — Ce sont des paralysies des muscles moteurs de l'œil (ptosis, strabisme, diplopie), de l'exophthalmie, du myosis, de la mydriase ou de l'inégalité pupillaire. Du côté de la vue on observe le plus fréquemment un affaiblissement plus ou moins intense, avec sensations lumineuses : étincelles, éclairs, constellations ou sensations de mouches volantes (Oberländer, 306). Ajoutons des hallucinations optiques. L'amaurose totale et subite

est relativement assez fréquente. A l'ophthalmoscope, on trouve la papille congestionnée, tuméfiée et grisâtre. On a observé jusqu'à la photophobie et même le daltonisme.

Les troubles que nous venons d'énumérer ont tous une cause commune : ils sont d'origine centrale, c'est-à-dire qu'ils sont dus à la cysticercose cérébrale ; ce qui le prouve, c'est qu'on ne connaît pas encore dans la ladrerie généralisée d'observation de Cysticerques dans le globe oculaire lui-même. Il est évident que ces symptômes oculaires seront, comme nous le verrons plus loin, bien plus intenses et bien plus fréquents dans la cysticercose localisée à l'organe de la vision.

Troubles auditifs. — Ce sont le plus souvent des bourdonnements d'oreilles, accompagnés parfois de sensations de corps étranger dans cet organe. Viennent ensuite par ordre de fréquence : l'affaiblissement de l'ouïe, des hallucinations auditives, de la surdité complète. On a noté encore de l'écoulement de l'oreille, surtout du côté gauche, sans qu'on puisse en expliquer l'origine.

Troubles de l'odorat. — Aran (597) a vu une fois une véritable anosmie.

Troubles psychiques.

Ce sont des modifications du caractère, des troubles de la mémoire et une atteinte plus ou moins profonde de l'intelligence. Le *caractère* du malade devient parfois nerveux, irritable, coléreux même ou, au contraire, triste et mélancolique. La *mémoire* diminue le plus souvent et d'une façon progressive, et le malade peut arriver à l'amnésie la plus complète (Marchand, 439). Il y a même encore fréquemment, à un degré plus accentué, des troubles réels de la parole, allant du simple petit embarras, de la simple difficulté d'élocution, jusqu'à l'aphasie, en passant par tous les degrés intermédiaires.

Les *troubles de l'intelligence* comprennent la dépression psychique, la manie plus ou moins aiguë et un état d'idiotie plus ou moins avancée. La dépression psychique porte atteinte à la faculté de volonté et plonge le malade dans un état d'hébétude, d'indifférence et de somnolence, symptôme très fréquent (Meyer,

678; Michael, 586, etc.). Dans un cas, la somnolence survenait au moment des repas (Verdun et Iversenc, 738); dans un autre, elle dominait toute la scène et durait plusieurs jours avec quelques petits intervalles de lucidité (Goldschmidt, 532). On a expliqué cette interruption du sommeil par le déplacement du Cysticerque et par ses alternatives de contraction et de dilatation dans le ventricule latéral gauche.

Dans d'autres cas, au contraire, le malade est agité; il parle avec exagération ou incohérence, a des accès de manie, de lypémanie, d'érotomanie, des insomnies rebelles et même de véritables hallucinations, visuelles, auditives ou tactiles. On note rarement du délire; enfin on peut observer des accès de folie.

Des attaques apoplectiformes ont été aussi observées. Enfin il y a des malades qui sombrent dans un état comateux.

Tous ces troubles sont dus à la présence du Cysticerque dans les couches corticales de la zone psycho-motrice.

Troubles viscéraux

Par ordre de fréquence, ce sont des troubles digestifs, vasculaires, respiratoires, urinaires, etc.

Troubles digestifs. — Du côté de l'estomac, il y a des symptômes douloureux, des crampes, des crises gastriques ou encore des phénomènes de dyspepsie. Mais ce que l'on observe le plus souvent, ce sont des vomissements.

Ils sont ordinairement alimentaires ou bien bilieux et surviennent soit au moment, soit en dehors des repas. Ils peuvent être parfois incoercibles; en tout cas, ils sont toujours précédés de nausées. Ces vomissements coïncident le plus souvent avec la céphalalgie. Chez le malade de Merkel (238) les vomissements duraient des journées entières, puis survenait un sommeil profond. Il s'agissait dans ce cas d'un Cysticerque dans le cervelet. Dans certains cas, les malades se plaignent d'avoir la sensation d'une boule remontant de l'estomac vers la bouche, non suivie d'expulsion d'aliments. L'anorexie s'observe assez souvent; la boulimie au contraire est très rare. Il n'y a pas de différence au point de vue de la fréquence ni pour la constipation, ni pour la diarrhée.

Troubles circulatoires. — Il est probable que ces troubles sont

généralement d'origine réflexe, étant donné qu'ils ne sont pas observés toutes les fois que le Cysticerque siège dans le cœur.

Ce sont des phénomènes de congestion qui vont de l'épistaxis à la cyanose. Mais les troubles circulatoires les plus fréquents consistent en palpitations et surtout en éblouissements, étourdissements, vertiges et même en lipothymies et en syncopes. Ces dernières sont généralement de courte durée et apparaissent parfois au moment des repas (Lancereaux, 585).

Troubles respiratoires. — Ce sont des troubles laryngés et vocaux, se manifestant par de l'enrouement et parfois par l'extinction de la voix et même par l'aphonie complète. Les autres phénomènes sont la toux, la dyspnée et même dans un grand nombre de cas, la respiration stertoreuse, signe pronostique grave annonçant la mort prochaine.

Troubles urinaires. — Le plus fréquent est sans contredit l'incontinence d'urine. Mais on a observé, dans des cas excessivement rares, de la polyurie avec glycosurie concomitante (3 cas). Féréol se demande si le diabète, au lieu d'être alors une simple coïncidence, ne serait pas l'expression symptomatique de la localisation du Cysticerque dans le quatrième ventricule ou dans son voisinage. On a vu aussi avec le même degré de rareté, l'albuminurie (2 cas) et même de l'hématurie et de la pyurie.

Etat du sang. Eosinophilie.

L'état du sang dans la cysticercose est encore assez peu connu, et les notions que nous possédons sur ce point sont toutes récentes. Achard et Loeper (753), chez une femme atteinte de ladrerie généralisée, ont signalé l'éosinophilie qui atteignait 12 °/₀ des leucocytes. Depuis, M. Launois a retrouvé une éosinophilie légère (5 °/₀) chez un autre malade atteint de la même affection (Limasset, 758). Par contre, dans un cas récent, P. Marie et Guillain (760), ont trouvé une formule leucocytaire parfaitement normale, sans éosinophilie.

Achard et Loeper ont appelé l'attention sur l'intérêt que peut présenter la constatation de l'éosinophilie chez les sujets atteints de ladrerie, et ils l'ont rapprochée de celle qui s'observe

avec une grande fréquence chez les malades porteurs d'entozoaires de différentes espèces.

On sait, en effet, que la présence des Ténias dans l'intestin s'accompagne très souvent d'une augmentation parfois fort importante des leucocytes éosinophiles. Leichtenstern a vu leur nombre s'élever à 34 p. 100 dans un cas de *Tænia mediocanellata* ; Zappert à 17 p. 100, Rieder à 9 p. 100 dans des cas d'Ankylostome duodénal; Bucklers à 19 p. 100 dans un cas d'Oxyures et 16 p. 100 dans un cas d'ascaridiose. Schaumann a observé aussi l'éosinophilie avec le Bothriocéphale.

Les entozoaires situés en d'autres points que l'intestin font de même. Tuffier et Milian ont beaucoup insisté sur la fréquence de l'éosinophilie dans les kystes hydatiques du foie. Achard l'a observée également dans cette affection avec Clerc et Laubry.

Dans la trichinose Gordineer a trouvé 29 et 67 p. 100 d'éosinophiles, et Brown 68 p. 100.

Or l'éosinophilie est une modification du sang qui s'observe avec une très grande fréquence dans nombre d'intoxications et l'on peut supposer avec une très grande vraisemblance qu'elle a, dans ces divers cas de parasitisme, la valeur d'un stigmate d'intoxication. Et par là on est conduit à penser que quelques-uns des troubles observés au cours de la ladrerie sont peut-être de nature toxique, plutôt que d'origine réflexe, en sorte qu'on pourrait les comparer aux accidents bien connus aujourd'hui de l'intoxication hydatique.

Ce qui vient fortifier, d'ailleurs, l'opinion qui fait de l'éosinophilie de la cysticercose un indice d'intoxication, c'est que Achard et Loeper, en injectant à la Souris le contenu d'une vésicule de ladrerie, ont pu déterminer une éosinophilie expérimentale.

Ajoutons enfin que l'éosinophilie n'est pas constante dans les cas d'infestation par les divers entozoaires. Elle peut faire défaut comme l'ont constaté Achard et Loeper chez des malades porteurs de *Tænias*. Il n'est donc pas surprenant qu'elle ait pu manquer dans le cas de ladrerie de P. Marie et Guillain.

Aussi peut-on dire que, si l'existence de l'éosinophilie peut venir en aide au clinicien et lui fournir un argument en faveur du diagnostic de cysticercose, son absence ne saurait en aucune manière infirmer ce diagnostic.

Signes physiques

Il y a peu de chose à dire concernant les symptômes objectifs, les signes physiques proprement dits. Tandis que les signes fonctionnels et généraux sont assez polymorphes et varient suivant la localisation des parasites, les signes physiques présentent une bien plus grande uniformité. Ils ne deviennent évidents que quand les Cysticerques, par suite de leur évolution vers la superficie du corps, c'est-à-dire vers les muscles, le tissu cellulaire et la peau, se mettent ainsi à la portée de nos sens et de notre examen clinique objectif, soit par leur volume, soit par leur nombre. Très souvent, d'ailleurs, l'attention du médecin n'est attirée sur ces signes physiques que par la présence simultanée de troubles cérébraux qui, à eux seuls, seraient d'un diagnostic très incertain.

D'une façon générale, nos moyens d'exploration pour la constatation du Cysticerque se bornent à l'inspection et à la palpation.

Inspection. — En face d'un malade atteint de ladrerie, lorsque les tumeurs siègent dans les muscles et dans le tissu cellulaire sous-cutané en même temps que dans le cerveau et les viscères, on est frappé le plus souvent par le grand nombre de tumeurs qui sont disséminées sur les divers points du corps.

Elles forment de petites saillies, le plus souvent de relief discret, quelquefois au contraire beaucoup plus accusées à la simple vue. Cela tient au siège plus ou moins profond du parasite, qui se trouve soit dans la partie profonde du derme (cas rares), dans le tissu conjonctif sous-cutané ou sous-aponévrotique, soit dans les muscles. Fournier (62) a pu voir la peau se soulever par les mouvements du parasite. La peau qui recouvre ces saillies parasitaires est le plus souvent normale. On l'a vue cependant, dans des cas exceptionnels, enflammée et parcheminée (Fournier, 62). Le malade éprouve parfois des démangeaisons, ce qui l'entraîne à se gratter et amène ainsi des excoriations cutanées.

Palpation. — A la palpation la peau semble être un peu indurée, parcheminée. Ce moyen d'exploration rend compte d'une façon assez précise du volume des saillies parasitaires qui atteignent celui d'un petit pois à celui même d'une noisette. On a la sensation de

petits corps de consistance soit rénitente ou élastique, soit très dure et rappelant celle du tissu fibreux ou cartilagineux.

Quant à la forme de ces tumeurs, elle est tantôt sphérique, quand celles-ci siègent dans le tissu conjonctif, tantôt ovalaire, quand elles siègent dans les muscles, avec leur grand axe parallèle à la direction des fibres. Parfois on trouve dans la même région plusieurs petits corps, soudés par leurs extrémités ou dont les extrémités sont liées ensemble par des prolongements cellulo-fibreux; on a alors la sensation d'une chaînette ou d'un chapelet.

Quand on soulève la peau au niveau de la tumeur, on se rend compte qu'elle est presque toujours mobile, libre d'adhérences et qu'elle permet au doigt explorateur de rouler sur la tumeur. Cette dernière à son tour est mobile mais sur une étendue très restreinte; on peut la circonscrire au toucher sur tous les côtés et se rendre encore mieux compte de sa forme sphérique. Tels sont les caractères d'une tumeur libre dans le tissu cellulaire sous-cutané. Néanmoins, on a vu des cas où la peau semblait adhérer à la tumeur: quelques poussées inflammatoires étaient alors l'origine de cette fusion de la peau avec la tumeur.

Lorsque celle-ci siège sous la peau, on a très souvent la sensation d'une fluctuation très franche; l'incision permet alors de constater qu'il existe autour du parasite, soit une quantité assez notable de liquide séreux, soit du pus (Fournier, 62).

Il suffit que la tumeur siège sous l'aponévrose superficielle des muscles, entre les faisceaux musculaires ou entre les fibres elles-mêmes, pour que l'exploration devienne tout à fait difficile. Dans ce cas, les tumeurs se trouvent immobilisées, surtout au moment de la contraction des muscles; on n'arrive à leur imprimer quelques mouvements qu'au moment où le muscle est relâché; elles se meuvent alors dans le sens transversal, entraînant avec elle le muscle.

Quand les tumeurs siègent dans le tissu conjonctif, l'exploration ne provoque aucune douleur, ni à la palpation, ni même à la pression; au contraire, cette douleur se manifeste assez souvent quand les parasites siègent dans les muscles. Il y a même des cas où la douleur se produit au moment de la contraction musculaire (Osler, 630); elle apparaît d'ailleurs parfois spontanément (Marie et Guillain, 760).

Auscultation. — En dehors de ces signes physiques presque constants, il en est encore un qui a été constaté par Fournier (62) : c'est le frémissement perçu à la palpation et un bruit de collision perceptible à l'auscultation.

Troubles généraux

La cysticercose généralisée entraîne très souvent la faiblesse générale de l'organisme, de la paresse physique et intellectuelle et finit par plonger le malade dans un état d'abattement et de prostration.

La fièvre a été parfois observée. Ulrich a vu, dans un cas, la fièvre et la diarrhée coïncider avec l'envahissement du Cysticerque. Ferber exprime le même avis et dit que l'infestation par le Cysticerque peut présenter parfois le même tableau symptomatique qu'une forme grave de rhumatisme et de goutte. Küchenmeister confirme cette opinion en s'appuyant sur des troubles cardiaques qui se voient si fréquemment dans la cysticercose généralisée. Les expériences faites dans le but de provoquer la ladrerie chez l'Homme ou les animaux nous montrent la coïncidence nette de la fièvre avec l'apparition de la cysticercose.

Cysticercose localisée a un seul organe

Cerveau. — Nous étudierons en même temps les symptômes de la cysticercose du cerveau et de ses enveloppes, en faisant toutefois remarquer que c'est surtout dans la pie-mère qu'on a rencontré le plus grand nombre de cas de cysticercose.

Dans la symptomatologie de la cysticercose généralisée, nous avons vu que, dans bien des cas, les troubles nerveux étaient les symptômes dominants, quand les Cysticerques se trouvaient dans le cerveau en même temps que dans les muscles et les viscères. Il est donc tout naturel que nous retrouvions ces symptômes dans la cysticercose localisée exclusivement dans le cerveau.

Il est évident que les phénomènes doivent varier selon le nombre des tumeurs, leur volume et surtout leur siège.

Au point de vue symptomatique, nous pouvons distinguer trois périodes dans l'évolution de la cysticercose cérébrale localisée :

1° Le début est caractérisé par une phase d'excitation, tenant à l'immigration de l'embryon dans la substance cérébrale et à l'irritation inflammatoire qu'elle y provoque. On observe du vertige, des convulsions, des attaques épileptiformes et apoplectiformes, du délire et de la manie.

2° A la période d'état, l'excitation causée par l'accroissement du parasite, par ses mouvements ondulatoires et contractiles sur la substance ambiante détermine les mêmes manifestations, mais bien plus intenses. Celles-ci, dans la première période, étaient intermittentes; dans la seconde, elles deviennent continues.

3° La période terminale est caractérisée par de la torpeur, par l'hémiplégie avec ou sans contractures, de l'aphasie et même de la paralysie complète.

Les trois périodes que nous venons de décrire succinctement sont un peu schématiques; indiquons comment, en clinique, les choses se passent d'ordinaire. On se trouve généralement en présence de malades qui présentent les tableaux symptomatiques suivants :

Ou bien le malade est sujet, pendant un certain nombre d'années, à des attaques épileptiformes et à des troubles psychiques variés : hébétude, délire monomaniaque et même démence ; tout d'un coup, ces phénomènes s'interrompent et l'on voit survenir d'autres symptômes, tels que secousses convulsives généralisées ou partielles, délire, agitation, fièvre, coma et mort.

Ou bien le malade, n'ayant présenté jusque-là aucun trouble cérébral, accuse subitement des symptômes qui font penser à une infection aiguë du cerveau : la céphalalgie, les attaques convulsives, le tremblement des membres et des mâchoires, l'agitation et le délire, la dyspnée, l'accélération du pouls, la prostration se succèdent, s'aggravent et peuvent emporter le malade dans le coma.

Enfin, dans un troisième cas, qui est le plus fréquent, l'invasion est moins bruyante. Survenant chez un individu bien portant, l'affection s'annonce le plus souvent par la céphalalgie ; puis viennent, par ordre de fréquence, la faiblesse des membres inférieurs, les convulsions épileptiformes, les étourdissements, les troubles de la vue et les paralysies.

Pour éviter des redites inutiles, contentons-nous de rattacher à l'un ou à l'autre de ces trois types tous les cas de cysticercose céré-

brale, puisque, à propos de la cysticercose généralisée, nous avons décrit avec de minutieux détails les divers troubles nerveux dus à la présence du parasite dans le cerveau.

Les Cysticerques sont le plus souvent disséminés dans tout le cerveau ; les symptômes qui en résultent sont si nombreux, variés et confus, qu'il nous serait absolument impossible d'en tracer un tableau spécial en rapport avec chaque localisation. Cependant, nous pouvons établir une distinction entre les divers symptômes, suivant que les Cysticerques siègent uniquement dans la substance grise corticale ou dans l'un des ventricules cérébraux.

En effet quand les parasites siègent à la surface du cerveau ou dans la substance grise elle-même, les deux symptômes qui prédominent sont la céphalalgie et les accès épileptiformes. Quand il est localisé dans les ventricules, notamment dans le quatrième, l'important à retenir, au point de vue clinique, c'est l'absence totale de symptômes, qui n'éclatent que peu de temps avant la mort. Dans l'observation de Bruns, les vomissements, les crampes, et la céphalalgie n'ont apparu que quelques semaines avant la mort et ce n'est qu'à l'autopsie qu'on put constater l'existence des Cysticerques dans le ventricule.

En général, on peut dire que les Cysticerques du quatrième ventricule causent des vertiges, de l'ataxie cérébelleuse, de la céphalalgie, surtout occipitale, des vomissements, de l'arythmie, de la dyspnée et de la glycosurie (Czyhlarz, 741 ; Michael, 586).

Dans le cas de Cysticerques en grappe, le tableau clinique varie. Les troubles cérébraux manquent rarement. Les signes cliniques sont mobiles et fugaces, probablement à cause de la forme particulière du parasite. En effet, celui-ci est capable de se contracter énergiquement et de refouler le liquide qu'il contient vers l'une de ses dilatations ampullaires éloignées ; il imprime ainsi à la substance cérébrale des alternatives de compression et de décompression, susceptibles de jouer un rôle dans la production et dans la cessation de certains troubles.

Mentionnons ici deux phénomènes excessivement rares et par suite très intéressants. Dans un cas, il s'agit de manifestations cataleptiformes : on fait conserver au malade les positions les plus gênantes de ses membres, qu'il laisse retomber, dès qu'on le lui ordonne (Schützenberger, 239). Dans un autre cas de cysticer-

cose des ventricules latéraux, le malade éprouve souvent, au début de ses accès épileptiformes, la sensation d'un corps qui se déplacerait dans son cerveau comme une balle, et qui tomberait de la partie antérieure vers l'occiput (Jacobi, 582).

Pour en finir avec ce qui touche à la ladrerie encéphalique, donnons une statistique qui ressort de nos observations et met en évidence le degré de fréquence et d'importance des principaux symptômes observés. Sur 149 observations, nous avons pu relever :

Céphalalgie	68	fois.
Paralysie	48	»
Vomissement	37	»
Syncopes	30	»
Epilepsie	27	»
Vertiges.	27	»
Convulsions	22	»
Douleur.	17	»
Troubles de la vue	19	»
Faiblesse des jambes	16	»
Troubles de l'intelligence	14	»
Faiblesse générale	13	»
Relâchement des sphincters	14	»
Agitation	14	»
Anorexie	17	»
Bourdonnements d'oreille	12	»
Marche incertaine	14	»
Diminution de la mémoire.	12	»
Troubles mentaux	8	»
Manie.	13	»
Délire.	13	»
Crampes	10	»
Pâleur	12	»
Somnolence	11	»
Troubles de la parole	13	»
Absence de symptômes	15	»

Œil. — Nous avons vu, au chapitre de l'anatomie pathologique, que le Cysticerque pouvait siéger dans toutes les parties de l'œil et de ses annexes.

Quand il siège dans l'*orbite*, ce qui est rare, le symptôme le plus fréquent est la déviation du globe oculaire et l'exophtalmie. Les mouvements de l'œil ne sont jamais complètement abolis ; dans certains cas, il y a diplopie. La présence du parasite dans l'orbite

détermine des poussées inflammatoires à répétition, qui finissent par amener d'une part la myosite du releveur de la paupière supérieure, d'où ptosis tardif ; d'autre part, la névrite du nerf optique, ainsi que des accidents cérébraux plus ou moins graves. Ces derniers sont plutôt dus au phlegmon de l'orbite qu'au développement du Cysticerque (Wecker et Landolt, 596). On peut aussi observer des névralgies, de la céphalalgie et, dans des cas excessivement rares, de la myopie et de l'hypermétropie.

C'est généralement au niveau du rebord orbitaire qu'on trouve une petite tumeur arrondie, dure, saillante à la surface de la peau, qui devient bientôt rouge et enflammée ; il y a de l'œdème de la paupière et de la conjonctive (chémosis), œdème qui disparaît et revient avec les poussées inflammatoires. Pas de douleur à la palpation, en dehors des poussées aiguës.

Presque les mêmes phénomènes que dans l'orbite on observe

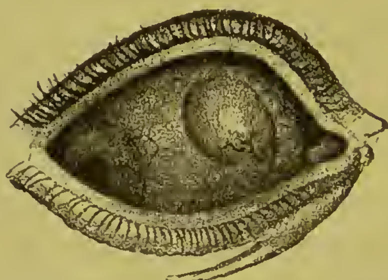


Fig. 7. — Cysticerque sous-conjonctival, d'après Lagrange.

quand le Cysticerque se trouve logé dans la *capsule de Tenon* (douleur, exophtalmie, etc.)

La localisation du Cysticerque dans la *paupière* est également rare. Dans ce cas, on constate une petite tumeur sous-cutanée, bien délimitée, dure, rénitente, élastique, lisse, très mobile, n'adhérant ni aux parties profondes, ni à la peau. Celle-ci est normale, indolore, excepté lorsque la tumeur se trouve à l'émergence d'un nerf. La fluctuation est possible. Le développement de la tumeur est lent (Lemoine, 302).

Quand le parasite siège sous la *conjonctive*, il se présente au début sous l'aspect d'une petite tache rouge longtemps indolente, puisque les symptômes n'apparaissent souvent que quinze jours et même un an après que le malade s'est aperçu de la lésion. C'est le plus souvent dans l'angle interne de l'œil et notamment du côté

droit, suivant le diamètre transversal, et à une distance de la cornée variant de un à quatre millimètres que siège le Cysticerque (fig. 7). Rarement ce dernier vient empiéter sur la cornée (Bérard, 54 ; Cunier, 48). La conjonctive est congestionnée et œdématiée ; il en est de même de la paupière qui peut être atteinte d'ectropion. Le plus souvent la tumeur se développe sans aucune trace de réaction inflammatoire (Böhm, 202 ; Froriep, 32 ; Estlin, 31, etc.).

La petite tumeur est de coloration jaune grisâtre ou jaunâtre, avec un point blanc à l'une de ses extrémités. Elle est toujours transparente au centre, rouge à sa circonférence, de consistance élastique, rarement fluctuante. Mobile sous la conjonctive, elle adhère à la sclérotique ; le contraire se voit presque aussi souvent et alors elle se déplace latéralement. Cette tumeur se développe le plus souvent d'une façon rapide.

Le malade éprouve de la douleur à la pression de l'œil, avec gêne dans les mouvements de ce dernier. La vision se trouble ; les yeux sont larmoyants, on observe même parfois de la diplopie, ainsi que de l'ophtalmie.

Dans la *cornée* le parasite se montre soit sous une forme d'une petite tache grise (Hirschberg, 252), soit, comme c'est le cas d'Appia (95), où le Cysticerque laisse distinguer assez bien tous ses mouvements ; ces derniers pouvaient être vus par le malade même à l'aide d'une loupe.

Quand le Cysticerque siège dans la *chambre antérieure*, les deux symptômes qu'on observe tout d'abord sont l'ophtalmie et l'iritis ; toutefois, ces deux troubles peuvent ne se manifester que plusieurs mois et même un an après l'apparition de la tumeur. C'est le plus souvent à gauche que le parasite s'observe ; il occupe presque toujours le centre de la chambre antérieure, sa forme sphérique ne lui permettant pas de s'insinuer dans la partie profonde.

On peut apercevoir le Cysticerque à travers la cornée ; il est transparent à sa partie centrale avec un point blanc, grisâtre à l'une de ses extrémités. Dans un cas, on a pu distinguer les ventouses ; dans un autre cas, le malade a pu voir lui-même son parasite. Ce qu'il y a d'intéressant dans cette localisation (fig. 8), c'est qu'on peut voir le Cysticerque, muni d'un prolongement (tête et cou), exécuter des mouvements ondulatoires et changer de forme ; tantôt il se contracte, tantôt il s'allonge (Prager, 649 ; Mende, 159 ;

Mackensie, 142 ; Meikle, 23 ; Graefe, 107 ; etc.). Dans certains cas, il flotte librement dans le liquide de la chambre antérieure. En inclinant la tête du malade en arrière, on peut imprimer au parasite un mouvement de révolution.

L'humeur aqueuse est trouble ; tantôt il y a de l'hydrophtalmie, tantôt de l'hypopyon. L'iris est décoloré, quelquefois enflammé et



Fig. 8. — Cysticerque de la chambre antérieure de l'œil, d'après Lagrange.

alors il peut adhérer à la vésicule du Cysticerque. L'iritis peut être aigu ou chronique. On a également observé des synéchies antérieures et postérieures. L'injection ciliaire est rare. La pupille, le plus souvent rétractée, est parfois dilatée ; mais elle n'est plus dilatable par l'atropine. La cornée est congestionnée, nébuleuse, quelquefois opaque et saillante. Dans un cas, on a noté de la kératite chronique. La conjonctive et la sclérotique sont également congestionnées ; la paupière est œdématiée.

Le malade éprouve une douleur d'intensité variable, qui peut être profonde et siéger dans la région frontale et temporale ; elle est due parfois aux mouvements du parasite. Souvent aussi l'acuité visuelle est diminuée.

La cysticercose du *cristallin* n'a été observée qu'une seule fois par Graefe ; le diagnostic fut porté après l'extraction du parasite. Le cristallin était atteint de cataracte accompagnée d'iritis et d'iridocyclite. Les membranes internes étaient saines. La perception lumineuse ainsi que les phosphènes étaient conservés.

Quand le Cysticerque siège dans le *corps vitré*, les symptômes du début consistent en troubles visuels divers qui peuvent durer fort longtemps, jusqu'à quatre et sept ans ; ce sont des sensations d'étincelle, des points ou boules noirs devant les yeux, de la diminution de l'acuité visuelle, parfois même de la cécité. Il peut y

avoir aussi, au début, des troubles cérébraux, céphalée et vomissement. Mais dans certains cas ces symptômes initiaux font défaut.

Les troubles visuels sont ceux qui frappent le plus le malade ; il a des éblouissements, il voit devant ses yeux des images de forme variée : points, boules ou anneaux noirs, sphères ou couronnes lumineuses ; voile ou grillage mobile. Les troubles vont en augmentant d'intensité. L'amblyopie, l'amaurose, le strabisme, l'obnubilation et le scotome ont été observés.

Dans la plupart des cas, la conjonctive est congestionnée, l'œil larmoyant et déformé, la cornée injectée et présentant des taches grisâtres (Gast, 604). On observe également de l'irido-cyclite et de l'irido-choroïdite avec ou sans synéchies et hypopyon. L'irido-choroïdite est accompagnée de douleurs très intenses et amène à la longue une atrophie de l'œil et parfois aussi une ophthalmie sympathique. D'autres fois on observe des accidents glaucomateux.

La pupille, tantôt dilatée, tantôt rétrécie, réagit très lentement. Le cristallin peut être calcifié, adhérent et atteint de cataracte ou simplement présenter par places des petites taches brunâtres.

Dans la majorité des cas, il y a décollement de la rétine ; d'autres fois, celle-ci est opaque, parsemée de plaques rouges (Van-Duyse, 501), ou même infiltrée et présente des traces de perforation (Busch, 163). La papille est voilée, rouge ou décolorée. Les vaisseaux rétiniens sont dilatés. La choroïde peut être atrophiée et décolorée.

En examinant le corps vitré, on voit que ce dernier est rempli de taches grisâtres, d'opacités et de flocons gris jaunâtres ou blanchâtres en plus ou moins grand nombre. Au milieu d'eux se trouve une vésicule plus ou moins déformée, ce qui tient à son ancienneté. Cette vésicule présente parfois la forme d'une outre, tendue entre la rétine et la cornée ; elle est bleuâtre ou simplement verdâtre, et peut être visible pendant certains mouvements de l'œil ou de la tête du malade. On peut même parfois distinguer la tête du parasite avec son cou, ses ventouses et ses crochets (Treitel, 614 ; Cohn, 431 ; Berger, 342).

D'ordinaire, le Cysticerque est dépourvu de capsule, mais il y a quelques cas où la capsule est présente ; on voit alors les accidents cesser pendant un certain temps. On aperçoit très souvent des mouvements ondulatoires de la tête dévaginée, surtout avant que

les flocons deviennent nombreux. (Schölb, 666 ; Magawly, 608 ; Hasner, 580 ; Stölting, 564 ; Hirschberg, 333 ; Graefe, 124, etc.). On a même vu dans un cas, à l'aide d'une loupe, le parasite passer du corps vitré dans la chambre antérieure (Raikem, 103bis) ; le Ver nageait librement d'une chambre dans l'autre. Dans le cas de Graefe (156), la malade apercevait elle-même une vésicule plane dans son champ visuel et pouvait ainsi décrire son parasite ; dans celui de Haltenhoff (506), le malade parvenait même à dessiner son Cysticerque. Graefe (640), dans un cas de Cysticerque double, dit que la malade voyait deux chenilles, grâce à l'ombre que projetaient les deux parasites. Dans certains cas le champ visuel est rétréci. L'œil droit semble être plus souvent atteint que le gauche. Les troubles sympathiques ne sont pas rares (Hirschberg, 641).

La douleur à localisation frontale, le plus souvent, peut être intermittente ou permanente. On peut observer, en outre, la céphalalgie (Hirschberg, 641 ; Vossius, 615); des bourdonnements d'oreille (Graefe, 140) ; des vertiges (Graefe, 219) ; des syncopes, des troubles gastriques, des crises épileptiformes (Van-Duyse, 501) ; et même des tremblements des membres (Sichel, 285).

Notre attention a été attirée sur ce fait assez curieux que dans les nombreuses observations relatives à la cysticercose de l'œil (248 cas), on n'a pu relever que quatre cas où le Cysticerque siégeait en même temps dans d'autres organes (Gradenigo, 624 ; Graefe, 503 ; Van-Duyse, 501 ; Cohn, 431). Les autopsies n'ayant pas été faites en nombre suffisant, nous ne pouvons nous prononcer à ce sujet.

Cependant, certains des symptômes, d'origine cérébrale, que nous venons d'énumérer, semblent plaider en faveur de la coexistence de Cysticerque dans le cerveau en même temps que dans l'œil.

Certains auteurs prétendent que le parasite commence à se développer derrière la rétine et que ce n'est que secondairement qu'il pénètre dans le corps vitré. Scimemi (749) et Graefe (124) ont pu observer un Cysticerque de la rétine au moment où il traversait cette membrane pour venir se loger dans le corps vitré. On ne voyait encore que la tête du parasite du côté du corps vitré.

La symptomatologie relative à la présence du Cysticerque derrière la *rétine* ne diffère presque en rien de celle qui concerne la cysticercose du corps vitré. Les troubles fonctionnels, locaux, voire

même les troubles généraux, sont absolument les mêmes dans ces deux cas. Ce qui diffère quand il s'agit de Cysticerque sous-rétinien, c'est qu'on ne voit pas la vésicule comme quand elle siège dans le corps vitré ; les flocons dans ce cas sont en très petit nombre.

Un point sur lequel nous devons nous arrêter plus longuement, c'est la rétine elle-même. Cette dernière étant le plus souvent décollée sur une certaine étendue de sa surface par la présence du parasite derrière elle, fait saillie dans le corps vitré. La tumeur qui bombe ainsi dans le corps vitré est assez bien limitée et porte dans son

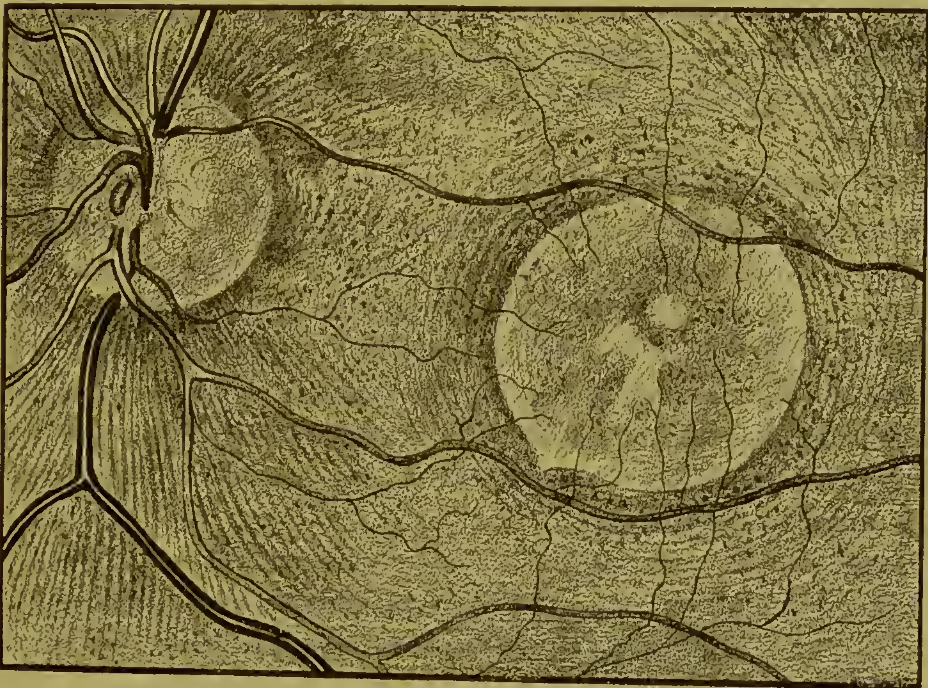


Fig. 9. — Cysticerque de la rétine, d'après Salzmann.

intérieur le Cysticerque. Cette tumeur est souvent douée de mouvements ondulatoires et contractiles, ce qui peut être perçu à l'ophthalmoscope (Zirm, 654 ; Nagel, 176 ; Graefe, 111 et 125, etc.). Certains auteurs ont pu distinguer à l'ophthalmoscope le cou et la tête du parasite (Graefe, 371, 132 et 111 ; Galezovski, 174) ; Graefe, 111), a vu la vésicule se déplacer derrière la rétine d'un point à l'autre.

Dans un cas la rétine était décollée en deux points, et dans un autre cas en trois points différents, ce qui était dû à la présence de

deux et de trois Cysticerques à la fois. Le décollement, au lieu d'être partiel comme cela arrive le plus souvent, peut être complet.

La rétine est parcourue par un grand nombre de vaisseaux dilatés et turgescents qui semblent sortir de la papille et qui sillonnent la rétine de toutes parts. L'existence de ces vaisseaux est un symptôme pathognomonique pour déterminer le siège exact du parasite dans l'œil.

La rétine, de coloration bleuâtre, verdâtre ou blanc nacrée, présente en un point une petite tache bleu-grisâtre dont le diamètre est généralement deux à quatre fois plus grand que celui de la papille. Cette tache augmente progressivement de volume. La papille est grisâtre, trouble et nuageuse. La choroïde est souvent le siège de choroïdite disséminée ou chronique, ou bien elle est atrophiée.

Les troubles cérébraux qui accompagnent assez souvent le tableau clinique propre à l'œil, sont la céphalalgie frontale ou pariétale ; l'insomnie, les bourdonnements d'oreille, les vomissements, l'embarras de la parole, ainsi que les syncopes. (Lütkevitsch, 736 ; Csapodi, 498 ; Rampoldi, 423 ; Poncet, 307 ; Jacobson, 208 ; Graefe, 111, etc.). Cela prouve-t-il qu'il y a coïncidence de Cysticerques dans l'encéphale ? Nous n'en savons rien, car il n'a pas été possible d'élucider cette question faute d'autopsies, indispensables pour pareille confirmation.

Cœur. — La cysticercose du cœur, en général rare, peut ne donner lieu à aucun symptôme. Ainsi Lerminier constata à l'autopsie d'un malade des Cysticerques dans le myocarde sans que le malade ait présenté des troubles pendant la vie (Raynaud, 347 ; Firket, 689 ; Morgani, 347).

Durant la vie on a pu observer des palpitations, de la tachycardie, des bruits anormaux ; de la dyspnée (Smidt-Richard, 116) et un abaissement du cœur.

Larynx. — Nous en avons un cas. Le malade était atteint d'enrouement, avait la déglutition pénible et expectora trois vésicules; deux autres ont été trouvées dans la fente glottique (Schüssler, 76).

Vessie. — Nous avons un cas de cysticercose de la vessie où le malade présenta du ténesme vésical avec douleur et polyurie (Holscher, 116).

Cysticercose localisée a un seul tissu

Tissu cellulaire. — Ce qui frappe vraiment ici, c'est la présence d'un nombre très souvent multiple de petites tumeurs sous-cutanées, indolores presque toujours, très mobiles sous la peau, roulant sous le doigt, de consistance élastique ou dure. Le malade n'éprouve, faisons-le remarquer, aucun trouble général, aucune fatigue, aucune douleur, aucun malaise, à l'exception cependant des cas où la cysticercose est très confluente dans le tissu cellulaire.

Dans un grand nombre de cas, on a vu le malade venir consulter pour une affection tout autre que la ladrerie, que découvre alors fortuit le médecin. Dans des cas très rares, le malade se plaint de simples démangeaisons (Achard et Loeper, 753). On a également observé des éruptions : une fois, sur la face de petits pointillés avec rougeur ; une autre fois de petites phlyctènes à la joue ; une troisième fois une éruption pustuleuse au niveau du thorax accompagnée de démangeaisons.

La douleur locale a été parfois observée par Sichel (277), ainsi que par Osler (630). Dans ce dernier cas la douleur se montrait surtout à la pression et au moment des efforts musculaires.

Certains troubles généraux ont été également vus : tels par exemple des troubles cérébraux, la céphalalgie, des troubles oculaires, etc. (Lewin, 646 et 354 ; Guttmann, 398). Il est bien rare que la cysticercose localisée au tissu cellulaire revête un caractère de gravité. Cependant on peut citer le cas d'Osler (630), où l'état du malade était très sérieux.

Tissu musculaire. — En règle générale, quand le Cysticerque occupe le tissu musculaire, la symptomatologie ne se révèle que par des phénomènes locaux pour ainsi dire, les manifestations restant très minimes. Il est évident qu'à l'examen du malade ce qui attire l'attention c'est la présence de petites tumeurs sur divers points du corps situées un peu profondément, ce qui fait qu'elles sont plus perceptibles au toucher que vraiment apparentes.

Pour ce qui est des signes de la cysticercose dans le tissu musculaire, en dehors de ce que nous venons de dire parlant de la cysticercose généralisée, il y a surtout à retenir les manifestations suivantes : lassitude générale, fatigue musculaire, courbature,

fourmillement, crampes localisées à un muscle ou à un groupe musculaire, enfin douleurs musculaires, notamment dans la nuque, les lombes et les jambes, avec ou sans irradiations.

Ces douleurs consistent tantôt en une simple sensation de gêne dans les mouvements et les attitudes (Fischer, 396) ; tantôt en une pesanteur (Werner, 1 bis) ; tantôt encore elles revêtent le caractère fulgurant. Elles peuvent siéger au niveau même des petites tumeurs et disparaître avec leur extirpation. Une paralysie du membre correspondant à la tumeur grosse comme un œuf de poule a été notée par Karevsky (536). Dans le cas de Reverdin (513) la malade, qui avait un Cysticerque dans le deltoïde, éprouvait la sensation, disait-elle, « de bête qui lui grattait l'épaule ». N'oublions pas également de dire que dans certaines observations on retrouve des signes généraux tels que céphalalgie, insomnie, etc. (Dumreicher, 354).

Dans le tissu musculaire les tumeurs peuvent parfois se transformer en abcès : nous en possédons un certain nombre d'observations (Karevsky, 536 ; Fischer, 396 ; Hoffmann, 112). Nous avons également un cas d'abcès consécutif à un Cysticerque de la langue (Roser, 169).

Tissu osseux. — Nous ne possédons que deux observations de cysticercose osseuse ; aucun symptôme pouvant la caractériser n'est mentionné.

Tissu glandulaire. — La cysticercose intra-glandulaire proprement dite est tout-à-fait rare, car, nous l'avons déjà dit, le Cysticerque se localise beaucoup plus souvent dans ces cas-là dans le tissu conjonctif péri-glandulaire. La tumeur mobile ou immobile est tantôt indolore, tantôt douloureuse à la pression. Chez une malade qui venait d'accoucher et qui avait de la cysticercose mammaire, la sécrétion glandulaire ne s'effectuait pas : on se demanda si le Cysticerque obstruait par sa présence un canal galactophore ou s'il le comprimait simplement en un point de sa surface (Guermonprez, 504).

CHAPITRE VIII

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de la cysticercose doit être envisagé dans deux cas différents suivant qu'il s'agit de la cysticercose généralisée ou localisée.

Les malades atteints de *cysticercose généralisée* peuvent se présenter au point de vue clinique sous deux aspects différents. Tantôt le malade vient consulter pour un grand nombre de petites tumeurs disséminées sur divers points du corps sans aucun trouble général ; tantôt ce sont les troubles d'ordre cérébral plus ou moins intenses qui dominent la scène et le malade n'attire qu'en passant l'attention du médecin sur la présence des tumeurs.

Le diagnostic est généralement facile quand les tumeurs sont en grand nombre et superficielles, c'est-à-dire accessibles à l'exploration. En effet dans ce cas un certain nombre de caractères de ces tumeurs : leur volume, leur forme, leur mobilité, leur indolence, la lenteur de leur évolution, leur dissémination et surtout leur multiplicité nous permettent de ne pas hésiter sur le diagnostic. La tâche est encore moins difficile si à tous ces signes viennent s'ajouter les troubles cérébraux. En l'absence de ces derniers et lorsque les tumeurs en petit nombre sont plus ou moins profondes, ce qui rend l'exploration bien plus difficile, l'extirpation suivie d'un examen microscopique[1] d'une de ces tumeurs peut seule lever le doute[2].

(1) C'est Lancereaux qui le premier en France a conseillé cette conduite pour assurer le diagnostic.

(2) Une femme se présente pour de petites tumeurs sous-cutanées ; en même temps elle a le Ténia. On fait le diagnostic de cysticercose, mais la ponction montre qu'il s'agit là des lipomes (Achard, 753).

Sans ce dernier moyen, d'ailleurs, le plus radical, nous nous exposons souvent à de très grosses erreurs de diagnostic surtout quand il s'agit d'une région où il est d'ordinaire de penser à des diagnostics beaucoup plus communs.

C'est ainsi que des tumeurs apparaissant dans des régions ganglionnaires feront tout naturellement croire à une *adénopathie* banale, syphilitique, bacillaire ou bien cancéreuse, plutôt qu'à la cysticercose. Mais les signes concomitants de la bacillose, de la syphilis, du cancer sont là pour nous montrer la propagation lymphatique qui leur est particulière. De même dans les régions riches en glandes sébacées, nous pouvons penser à des *kystes sébacés*, mais ces derniers sont généralement intra-dermiques et, de plus, on trouve presque toujours l'orifice des follicules obstrué avec un poil implanté à ce niveau.

On peut encore confondre les petites tumeurs de la cysticercose avec des gommes syphilitiques, des lipomes, des molluscums vraies, des nodosités rhumatismales, des névromes.

Mais les *gommes syphilitiques*, généralement intra-dermiques, pâteuses et aplaties, sont accompagnées d'autres signes caractéristiques de la syphilis. Les *lipomes* mous, lobulés, étendus en surface, sont bien plus volumineux et moins nombreux que les tumeurs formées par le Cysticerque. Les *molluscums* ou *fibromes* sous-cutanés sont mollasses, irréguliers et augmentent rapidement de volume. Les *nodosités rhumatismales* peuvent être reconnues aux autres signes de rhumatisme chronique. Enfin les *névromes*, situés tout d'abord sur des trajets nerveux, sont peu nombreux, mobiles dans le sens perpendiculaire au nerf et surtout sont excessivement douloureux.

Quand il s'agit de la *cysticercose localisée*, le nombre des tumeurs est très restreint, au point très souvent qu'il n'en existe qu'une. Dans les cas de tumeurs uniques nous manquons de la plupart des signes physiques presque indispensables pour diagnostiquer la cysticercose, notamment sa dissémination, sa multiplicité, etc. Ici encore plusieurs cas peuvent se présenter.

1° La tumeur siège *sous la peau*, dans des régions facilement accessibles et alors l'extirpation seule suivie d'examen microscopique précisera le diagnostic. Ce dernier, en effet, est généralement si délicat que de très nombreuses erreurs ont été commises.

C'est ainsi que Karevsky (536) a pris pour un *spina-ventosa* un Cysticerque de la phalange; Greve (354), croyait opérer un *cancer* dans un cas de cysticercose de la joue. Dans d'autres cas de cysticercose de la face on avait pensé à un *carcinome*, à un *névrome* (Sichel, 277), à un *kyste*, à une *névralgie*. Une fois on pensa à une *névrite périphérique* (Osler, 630) et deux autres fois à des *gommes syphilitiques* (Lewin, 354).

2° La tumeur est profondément située dans *un viscère* (cerveau, cœur, poumon, etc.); qu'elle s'accompagne ou non de troubles généraux, le diagnostic est toujours impossible : la nature parasitaire de l'affection ne peut être révélée qu'à l'autopsie. Le cerveau étant le seul viscère qui donne naissance à des troubles très inquiétants, il sera également le seul sur lequel nous nous arrêterons un instant pour montrer avec quelles autres affections cérébrales on peut confondre la cysticercose cérébrale. C'est aux *tumeurs cérébrales* : *cancer*, *tubercules*, *kystes séreux*, *abcès*, *exostose intra-crânienne*, *gommes syphilitiques*, *hydatides du cerveau*, etc., qu'on pense le plus souvent, mais de nouveau les signes concomitants propres à chacune de ces tumeurs viennent nous aider un peu. L'*hydrocéphalie*, le *ramollissement*, l'*hémorragie cérébrale*, la *méningite chronique* ont été diagnostiqués alors que l'autopsie apportait une preuve qu'il s'agissait de la cysticercose cérébrale.

Dans certains cas on a même confondu la cysticercose cérébrale avec la *démence sénile*, l'*hystérie*, la *neurasthénie* (Czyhlarz, 741). Cette dernière a été portée à cause de l'absence de symptômes.

3° La tumeur siège dans l'*œil*; c'est le diagnostic qui nous intéresse le plus à cause de l'urgence de l'intervention opératoire que cette affection réclame. Ici ce n'est pas seulement la nature de la tumeur qui nous importe, c'est plutôt sa localisation : pour éviter des interventions inutiles.

Dans la cysticercose *sous-conjonctivale* on peut penser à des *kystes séreux*, à des *petits lipomes*, aux *kystes dermoïdes*, à des *sarcomes* de la sclérotique, ainsi qu'à l'*hygroma* (Baum, 36). Certains caractères propres à la tumeur parasitaire, surtout la tache jaune qu'on voit par transparence à travers la conjonctive en un point de la tumeur et qui constitue un véritable signe pathognomonique peuvent faire soupçonner le Cysticerque, mais on peut dire qu'on

n'acquiert une certitude absolue que par la ponction exploratrice ou mieux par l'extirpation suivie de l'examen microscopique.

Quand le Cysticerque siège dans *l'orbite*, on peut confondre les tumeurs qu'il y forme avec les *fibromes*, les *exostoses*, les *kystes dermoïdes* (Graefe, 220), les *lipomes* et les *kystes hydatiques*. La ponction exploratrice pourra renseigner sur la nature de la tumeur. On évitera de prendre une tumeur parasitaire pour un *névrome*, qui, lui, est très douloureux ; pour un *lymphadénome*, qui est presque toujours bilatéral ; enfin pour un *cancer* qui s'accompagne d'un état général grave. Quand le Cysticerque suppure (cela n'est pas rare pour l'orbite), il est facile de s'y tromper, car on a presque toujours tendance à penser à un *phlegmon*, le tableau clinique étant dans ces deux cas à peu près le même.

La rénitence de la tumeur, son siège sous la peau, sa forme allongée transversalement feront distinguer la tumeur parasitaire de la *paupière* des *kystes séreux*. Mitvalski (666) a pris un Cysticerque de la paupière pour un *kyste dermoïde*.

Dans la cysticercose de la *chambre antérieure* on voit parfois le parasite animé de mouvements ondulatoires et l'on peut même distinguer sa tête avec les crochets. Mais quand ces signes apparents manquent, on est exposé à confondre la tumeur avec les *kystes de l'iris*, les *kystes libres* de l'humeur aqueuse et particulièrement avec la *luxation du cristallin*.

Dans le *cristallin* le Cysticerque peut faire songer à une *cataracte*.

Quand le parasite est logé dans le *corps vitré*, on peut encore assez souvent apercevoir des mouvements ondulatoires (Poncet, 307) et même dans des cas très rares, distinguer la tête et les ventouses. Dans le cas où le parasite a subi des transformations calcaires ou autres et que les flocons formés par le Cysticerque sont très nombreux, on est appelé à faire le diagnostic avec l'*iritis*, la *choroïdite*, la *luxation du cristallin* en arrière, la *cataracte polaire postérieure*, le *décollement de la rétine* par hémorragie et surtout avec la *cysticercose de la rétine*. Mais le décollement de la rétine par hémorragie se fait d'une façon très brusque et par conséquent est facile à être éliminé. Quant à la cysticercose de la rétine, nous possédons un signe pathognomonique — c'est la présence de gros vaisseaux rétiniens au devant de la tumeur qui bombe dans le corps vitré.

Dans le cas où le Cysticerque siège derrière la *rétine* nous pouvons nous laisser guider dans le diagnostic par le signe mentionné plus haut : la présence de gros vaisseaux rétiniens au devant de la tumeur parasitaire. Néanmoins, dans certains cas, on a pu prendre la cysticercose de la rétine pour un simple *décollement* de cette membrane par hémorragie, pour un *kyste hydatique* ou enfin pour une *rétinite*.

Dans la cysticercose des parties profondes de l'œil, l'ophthalmoscope devient absolument indispensable. Le microscope devient indispensable dans le cas où le parasite a subi une transformation assez marquée et où il est difficile de reconnaître les crochets à l'œil nu.

Nous terminerons ce chapitre si important du diagnostic en donnant quelques notions sur l'examen du parasite qui permettront de savoir avec exactitude si on a bien affaire au *Cysticercus cellulosæ* après l'ablation de la tumeur. L'examen microscopique révèle en effet, la présence des crochets et des ventouses, dont est munie la tête du parasite.

Quand le Cysticerque est vivant, pour mieux distinguer sa tête, on peut le plonger dans l'eau tiède, ce qui fait dévaginer la tête ; aussitôt qu'on ajoute un peu de sel ou d'alcool, on voit celle-ci s'invaginer de nouveau (Werner, 1 bis).

Quand le Cysticerque est mort, les crochets se retrouvent toujours, bien que détachés.

Cet examen minutieux ne doit jamais être négligé, car il est arrivé qu'on a pris des Cysticerques pour des *granulations de Pacchioni* ou pour des *kystes du plexus choroïde*.

CHAPITRE IX

PRONOSTIC

Le pronostic change avec le nombre et le siège des Cysticerques. Il passe par tous les degrés : depuis la plus grande bénignité, quand le parasite est localisé en petit nombre dans les muscles et le tissu conjonctif, jusqu'à la gravité la plus redoutable, quand il occupe les centres importants du système nerveux ou un viscère quelconque.

En effet, la transformation calcaire des tumeurs kystiques, *sous-cutanées* et *musculaires* est presque toujours observée ; la santé du malade n'est nullement compromise, encore moins sa vie.

Quand le parasite siège dans l'*œil*, il ne menace jamais la vie du malade, mais la vision est souvent perdue. Ici encore le pronostic dépend du siège du Cysticerque dans cet organe, et nous voyons qu'il est le plus sombre, quand le parasite occupe le corps vitré, à cause du trouble de l'humeur vitrée et de l'issue facile de celle-ci à l'occasion des interventions.

Les complications qui accompagnent la cysticercose de l'orbite rendent le pronostic assez sérieux.

Toutes les autres parties de l'œil telles que la rétine, la conjonctive, etc., donnant lieu à la formation d'une enveloppe autour du parasite, peuvent, grâce à cette enveloppe, limiter les lésions anatomiques et favoriser ainsi la guérison après intervention.

Dans les *localisations cérébrales* le pronostic est le plus redoutable : la mort, qui est presque inévitable, peut survenir en quelques jours et quelquefois même elle peut être subite. La gué-

rison dans certains de ces cas n'est cependant pas chose impossible ; en effet, grâce à une atrophie et à une calcification précoce des vésicules, il peut y avoir cessation des accidents nerveux et de l'épuisement du malade. Les petites tumeurs jouent alors le rôle de simples corps étrangers auxquels l'encéphale finit à la longue par s'habituer.

L'état antérieur du malade, ainsi que les conditions hygiéniques, ont une certaine importance au point de vue du pronostic.

CHAPITRE X

MARCHE ET COMPLICATIONS

La marche de la ladrerie généralisée étant en rapport avec l'évolution du parasite, on peut lui considérer quatre phases : 1° phase qui correspond au passage du Cysticerque de l'estomac dans les tissus et n'est manifestée par aucun symptôme ; 2° phase qui correspond au début du développement ou de l'enkystement de ce parasite dans les tissus, elle dure généralement 2 ou 3 mois et ne se traduit également par aucun symptôme appréciable ; 3° phase celle qui est la phase clinique proprement dite avec accidents plus ou moins sérieux et variés, à marche le plus souvent irrégulière, correspond à la croissance excessive du Cysticerque qui refoule, comprime et irrite les tissus ambiants ; 4° phase qui peut se traduire par amélioration des symptômes due à la mort du parasite, ou au contraire par aggravation de ceux-ci et alors la terminaison est fatale.

Les deux premières phases de la marche de cette maladie passent inaperçues pour l'observateur ainsi que pour le malade ; ce ne sont que les deux dernières qui attirent l'attention par les troubles qu'elles amènent et qui présentent par conséquent de l'importance.

Telle est la marche de la ladrerie quand elle est généralisée ; envisageons maintenant cette marche dans la cysticercose localisée.

Dans la *cysticercose de la peau* la marche est lente, cela se comprend aisément : les Cysticerques n'apparaissent pas sur les différents points de l'économie en même temps, et tandis que dans certains endroits, les parasites sont en train de subir la dégénérescence calcaire et de disparaître petit à petit, on voit naître sur d'autres points de nouveaux parasites, qui, à un certain moment de

leur évolution, peuvent provoquer une gêne et même des douleurs.

Dans la *cysticercose du cerveau*, les accidents, insignifiants au début, deviennent de plus en plus fréquents et intenses. Quelquefois les symptômes s'apaisent, restent stationnaires pendant un certain temps pour réapparaître plus tard et alors s'aggravent au point de se terminer par la mort.

Dans la *cysticercose de l'œil*, il faut distinguer la cysticercose du globe oculaire et celle de l'orbite. La cysticercose de l'œil proprement dite, manifestée au début par des opacités et quelques troubles visuels, a une marche relativement rapide et progressive qui peut entraîner, si l'on n'intervient pas à temps, la perte totale de la vue, précédée ou accompagnée de complications, telles que décollement de la rétine, irido-choroïdites, irido-cyclites, choroïdites purulentes, phtisie de l'œil et même souvent ophtalmie sympathique. La cysticercose de l'orbite offre une marche irrégulière et variable, caractérisée par des poussées inflammatoires, qui entraînent un certain nombre de complications, telles que la névrite, l'atrophie du nerf optique, la myosite des muscles de l'œil et des paupières (ptosis et strabisme), des phlegmons de l'orbite avec perforation parfois des sinus ethmoïdaux, maxillaires, frontaux et même de la base du crâne.

CHAPITRE XI

DURÉE ET TERMINAISON

Durée. — La durée de la cysticercose chez l'Homme varie de quelques mois à plusieurs années : deux, trois et six ans.

Généralement le Cysticerque meurt deux ou trois mois après son arrivée dans les tissus de l'Homme, puis il y reste en état plus ou moins latent après avoir subi une dégénérescence calcaire.

Il faut avouer que le plus souvent il est difficile de déterminer l'âge du Cysticerque lorsqu'il siège sous *la peau*, étant donné que le début de l'apparition de la tumeur échappe dans la plupart des cas au malade, faute de symptômes apparents. Et si dans un certain nombre de cas on a pu suivre l'évolution de la tumeur pendant plusieurs années, c'est qu'il y avait coïncidence de ces parasites dans l'encéphale et qu'on pouvait alors faire remonter le début de cette affection à l'époque de l'apparition des premiers symptômes cérébraux. Dans le cas d'Achard (753) la malade fait remonter la première tumeur qui siège au mamelon à 23 ans.

Cobbold fixe à 8 mois la durée moyenne de la *cysticercose cérébrale.* Wagner, Mayer, ainsi que d'autres pathologistes, adoptent l'avis de Stich qui estime la durée de cette forme de cysticercose à trois et six ans. Sangali cite un cas ayant duré 7 ans ; Rodust 12 ans ; on a vu aussi cette durée atteindre 10 et 19 ans. Roth et Iwanoff (748) ont observé un cas de cysticercose cérébrale, dont les premiers troubles remontaient à 23 ans.

Dans *l'œil* le Cysticerque peut rester, suivant Graefe, pendant trois et quatre ans. D'après d'autres auteurs il serait de règle que les troubles oculaires, qui entraînent la perte de la vision avec

phtisie plus ou moins prononcée du globe oculaire, apparaissent dans le courant de l'année (Wecker et Landolt, 493). Un auteur a suivi un Cysticerque de l'œil pendant *dix* ans. On a même observé deux cas où le Cysticerque avait séjourné dans l'œil *vingt* ans (Braun, 462, et Hirschberg, 333).

A un point de vue général, on peut dire que les Cysticerques d'égal volume sur un même individu proviennent d'une même invasion. C'est également l'avis de Stich et de Ferber. Pour Dressel et Küchenmeister le volume varie avec le siège du parasite.

Le Cysticerque peut continuer à vivre plusieurs jours après la mort de son hôte (Kœberlé, 168).

Terminaison. — La terminaison de la cysticercose varie considérablement suivant le siège du parasite.

En effet,que voyons-nous dans chacune des localisations à part ?

Dans la *cysticercose musculaire* et *cellulaire* la guérison est de règle, ce que nous montre bien un grand nombre d'observations. Et si dans certains de ces cas la terminaison est fatale pourtant, c'est que le Cysticerque se trouve en même temps dans le cerveau ou dans un viscère quelconque.

Il n'y a par conséquent rien d'étonnant à ce que la terminaison soit fatale, alors que le parasite se trouve localisé exclusivement dans l'*encéphale*. Il y est répandu en très grand nombre, d'une façon granulique, oserions-nous dire, ou simplement en petit nombre, mais touchant alors les parties des centres nerveux les plus essentielles à la vie (quatrième ventricule, protubérance, bulbe, etc.). Dans ces derniers cas la mort est même le plus souvent subite. C'est ainsi que Kahlden (722), Franz (742), Merkel (237), Zadek (475) et Zenker (458), ont constaté chez leurs malades morts subitement un Cysticerque dans le quatrième ventricule.

Dans le cas de Fredet (313) et celui de Levi et Lemaire (759) la mort subite était due à la présence du Cysticerque dans la protubérance. Mennicke (726) a observé un cas où la mort subite a été amenée par la présence du parasite dans un des ventricules latéraux. Dans le cas de Kratter et Böhmig (724) il s'agissait d'un Cysticerque dans le troisième ventricule. Dans la cysticercose cérébrale la mort subite peut survenir même en dehors de toutes ces régions, que nous venons de citer. Tel par exemple le cas de Meyer (678) pour la pie-mère, ainsi que ceux de Ferber (171), et de Bouchut (137).

Si dans quelques cas de cysticercose cérébrale on a pu observer la guérison, c'est que les parasites étaient en petit nombre et situés dans des points de la substance cérébrale où les lésions pathologiques ne pouvaient avoir de conséquence éminemment grave. Mais en règle générale, nous pouvons dire que la cysticercose cérébrale se termine par la mort dans le coma (Michael, 586 ; Bitot et Sabrazès, 572).

La terminaison est également fatale quand le Cysticerque envahit un *viscère* important : le cœur (Smith Richard, 116), le foie, les poumons par exemple. Dans ces cas, la mort survient le plus souvent dans le coma précédé de délire, de convulsions ou d'apoplexie.

Quand la guérison spontanée a lieu, de quelle façon se produit-elle ? Il faut, on le comprend aisément, que l'évolution du parasite s'arrête, c'est-à-dire qu'il meure sur place. Or, le Cysticerque comme d'autres parasites (Trichine, Hydatide, etc.) peut à la longue subir une dégénérescence graisseuse, caséeuse ou calcaire, et suivant Cobbold, cette transformation se fait au bout de 8 mois environ d'existence du parasite, suivant d'autres auteurs, au bout d'un temps beaucoup plus court. Il est vrai, que très souvent, cette dégénérescence n'est pas constatée chez les malades ou bien parce que l'on a procédé à l'extirpation des Cysticerques jeunes, ou bien parce que l'on perd souvent de vue les malades, ce qui empêche de suivre l'évolution complète de ces tumeurs parasitaires. En revanche, les auteurs qui auraient constaté ces masses calcaires, sont très nombreux. Contentons-nous de ne citer parmi eux que quelques-uns : Delore et Bonhomme, Frédaut, Davy, Richard, Broca, etc.

Arrivé au stade d'évolution ou de transformation calcaire, les tumeurs parasitaires subissent un sort différent : tantôt elles diminuent progressivement de volume et ne laissent après elles que des indurations de la grosseur d'un grain de Chènevis à celui d'un grain d'Orge (Achard et Lœper, 753), tantôt elles se résorbent en partie ou complètement.

Duguet, sur 80 kystes, n'a pu retrouver après un certain temps que sept à huit de ces kystes. Stich (116), Kahler (557), Stefani (633) ont vu disparaître soit totalement soit en partie ces kystes parasitaires. Millard (561) a pu suivre la disparition de quelques-unes de ces tumeurs à mesure que d'autres apparaissaient. Broca (330)

et Auscher (739) ont vu disparaître un certain nombre de ces tumeurs soit spontanément, soit après une ponction. Cette dernière n'est jamais suivie d'érythème ni d'urticaire.

Dans certains cas, le Cysticerque peut devenir le point de départ d'inflammation et de suppuration avec abcès. En effet, les cas de suppuration de ces poches kystiques ne manquent pas dans nos observations (Graefe, Roser, Germain Sée, Frerichs, etc.). C'est surtout dans les muscles que ces abcès ont une tendance à se former.

Dans la cysticercose de l'*œil* ce n'est pas la vie du malade qui est menacée, mais plutôt la fonction de l'organe de la vision. Celle-ci est d'autant plus atteinte que le parasite occupe les parties les plus profondes et que son extraction présente, par conséquent, plus de difficultés.

L'intervention sur le corps vitré, amenant nécessairement la perte d'une certaine quantité de l'humeur vitrée, est plus à craindre au point de vue des complications post-opératoires que celle qui porte sur la rétine. En effet, la cataracte (Graefe, 139), les synéchies, le décollement de la rétine, l'aveuglement (Cohn, 431), ainsi que la phtisie de l'œil (Graefe, 219) sont à craindre dans les interventions pour extraction du parasite du corps vitré.

Il ne faut pas toutefois oublier que l'amélioration suivie de guérison a été observée dans certains cas (Graefe, 371 et 372). Vossius (615) et Cohn (431) ont pu obtenir après extirpation d'un Cysticerque du corps vitré une conservation complète de l'œil et de la vision. Hirschberg (641) a même observé un cas où le Cysticerque du corps vitré avait disparu spontanément, au bout de trois ans, sans aucune intervention.

Les interventions sur la rétine pour extirpation de Cysticerque se terminent presque toujours par guérison grâce à l'issue spontanée, après incision, du parasite sans qu'il y ait perte d'humeur vitrée (Graefe, 503). Le même résultat, bien plus favorable encore qu'au niveau de la rétine, s'obtient alors qu'il s'agit de Cysticerque localisé sous la conjonctive et dans la chambre antérieure. L'extirpation d'un Cysticerque situé dans la cornée a été suivie de succès avec conservation de la vue (Hirschberg, 252).

Il ne faut pas oublier que l'intervention dans la cysticercose oculaire est absolument indiquée et d'une façon urgente. Malheu-

reusement le malade se présente le plus souvent à l'examen clinique et à l'intervention thérapeutique trop tard, alors qu'il est déjà atteint d'amaurose presque complète : l'intervention opératoire n'offre plus dans ces cas le résultat voulu, la conservation de l'œil n'étant plus possible et obligeant à une énucléation de l'organe afin d'éviter la phtisie bulbaire ou la production de troubles sympathiques.

Hirschberg (641) a observé un cas de récidive assez curieux : il a vu apparaître un Cysticerque sous la paupière huit mois après une extirpation d'un Cysticerque du corps vitré.

CHAPITRE XII

TRAITEMENT

Traitement prophylactique

Nous avons déjà vu au chapitre de l'étiologie que les œufs du *Tænia solium*, cause directe de la cysticercose, se transmettent soit par les légumes, les salades et les fruits mal lavés, soit par les boissons. Tous ces aliments doivent donc être consommés à l'état de propreté parfaite.

Les mains de porteurs de Ténia, qui peuvent également être souillées d'œufs, doivent être soigneusement lavées avant chaque repas.

De plus il faudra, autant que possible, restreindre le nombre des cas de *Tænia solium*. On prendra à cet effet certaines mesures hygiéniques et certains soins dans l'élevage du Porc, ainsi que du Bœuf, si on suppose que la cysticercose bovine peut infecter l'Homme, ce qui n'est pas notre opinion.

Il est nécessaire tout d'abord de préserver la nourriture et la boisson du Porc des souillures par les déjections humaines ; on doit entretenir autant qu'il est possible la propreté et l'aération des porcheries.

Les abattoirs doivent être établis dans chaque ville afin de pouvoir inspecter les Porcs abattus.

La présence des vésicules sublinguales et conjonctivales suffit pour reconnaître la ladrerie chez cet animal. Quant à savoir le degré d'infection du Porc, c'est-à-dire le nombre de Cysticerques, certaines expériences peuvent le faire connaître :

1° Dans un premier degré d'infestation, la chair du Porc ne prend plus aussi bien le sel et se conserve moins bien ;

2° Dans un deuxième degré, la viande du Porc mangée fraîche et cuite n'a pas d'inconvénients ; mais salée elle ne se conserve plus du tout ;

3° Dans le troisième degré on ne peut plus la saler ; elle est insipide, lourde ; et alors elle craque sous la dent, comme si elle était parsemée de grains de sable (Levy Michel, 175).

Chez le Porc le Cysticerque continue à vivre 27 jours après la mort de l'animal. On peut soumettre la viande de Porc à une température très basse sans entraîner la mort du Cysticerque. A une température moyenne, les parasites contenus dans la viande de Porc peuvent même continuer à se développer et à s'accroître pendant une huitaine de jours. Le Cysticerque résiste difficilement à 47° de température ; à 50° et au-dessus, il meurt au bout d'une minute. Il faut donc se nourrir de viande de Porc bien cuite. La fumaison n'est pas une garantie contre la cysticercose.

Traitement médical

Le traitement local ne pouvant être appliqué, quand les Cysticerques sont très nombreux ou siègent profondément dans les muscles, les viscères et particulièrement dans le cerveau, on a tout naturellement essayé un grand nombre de médicaments en vue d'un traitement général, tels que : la benzine, la térébenthine, l'arsenic, le mercure, l'alcool, l'acide phénique, l'acide picrique, l'iode, les huiles minérales, le kousso, le grenadier, mais tout cela sans aucun succès. Bien que Küchenmeister nie tout à fait le traitement médical, certains auteurs ont fait usage de médicaments avec lesquels ils ont pu obtenir quelques résultats heureux.

Jaccoud conseille d'employer l'*iodure de potassium* à haute dose dans la cysticercose du cœur et du cerveau, se basant sur son action parfois efficace dans le traitement des kystes hydatiques du foie (Boyron, 329).

D'après Feletti, *l'extrait éthéré de fougère mâle* à dose minime de 40 à 60 centigrammes longtemps continué (un mois au moins) aurait donné un très bon résultat. Alessi avait essayé dans un cas de Cysticerque de la chambre antérieure la *santonine* et le *calomel* : après avoir préalablement mis trois vésicatoires autour de l'œil malade il fait un pansement des plaies dues aux vésicatoires

avec la pommade composée de ces deux produits médicamenteux à parties égales. Ces derniers font périr le parasite qui finit par se dissoudre et se résorber (Raikem, 103 bis). C'est quatre jours après l'application de la pommade que survient la mort du parasite.

Le salicylate de soude que Duguet administra pendant 6 mois à un rhumatisant atteint depuis six ans de ladrerie concomitante a fait disparaître les tumeurs kystiques de cette dernière affection.

Mosler (192) a expérimenté *le picro-azotate de soude* sur un Porc auquel il a fait avaler préalablement et à trois reprises des œufs de Ténia ; comme résultat il a pu constater que le picro-azotate de soude avait anéanti les embryons en voie de migration, mais qu'il n'a pu arrêter le développement des Cysticerques, qui ont été déjà installés depuis quelque temps.

L'huile de Chabert dans un cas de Cysticerques dans les urines a donné un résultat assez satisfaisant.

On s'est demandé si *les sels de chaux* ne pourraient avoir quelque action sur les Cysticerques pour favoriser leur transformation calcaire, comme cela se voit dans la trichinose.

Les sels de strontium ne pourraient-ils être utiles dans la cysticercose, étant donné qu'ils rendent l'intestin inhabitable pour les entozoaires (Bérenger-Férand, 637) ?

Koeberlé (168) se demande si le *saoria*, le *tatsé*, le *moucenna* peuvent faire quelque chose dans cette affection. Le saoria, très inoffensif pour l'économie, est en effet la préparation la plus efficace contre le Ténia. Voici comment on l'administre : diète le premier jour ; le lendemain on donne au malade en trois fois à une demi-heure d'intervalle, dans du bouillon ou dans de la panade, la macération de 15 gr. de saoria dans 100 gr. d'eau (la macération doit se faire pendant 12 heures), la diète doit être légère ; enfin le troisième jour 30 gr. d'huile de ricin et 20 gr. de sirop tartrique en deux fois à une demi-heure d'intervalle. Huit ou dix jours après on recommence le même traitement.

Makrocki (468) dans un cas de Cysticerque de la cornée avait essayé *l'acétate de plomb*, dont voici la formule :

Acétate de plomb cristallisé . . .	0,05 centigr.
Eau	10 gr.

Le *froid* que Davaine avait essayé d'employer s'est montré tantôt insuffisant tantôt même dangereux.

L'*électricité* a pu rendre quelques services sous les formes suivantes : 1) acupuncture avec courant électrique suffisant pour tuer le Cysticerque; 2) galvanopuncture, et 3) ponction électrique avec pôle positif (Darier, 688). Cette dernière avec succès.

4° Traitement chirurgical

Le traitement chirurgical comprend la *ponction* suivie d'injection médicamenteuse ou l'*extirpation*.

On comprend parfaitement bien que le procédé chirurgical est indiqué toutes les fois qu'on se trouve en présence de tumeurs parasitaires peu nombreuses ou solitaire, de plus de tumeurs superficielles, c'est-à-dire à la portée de l'instrument. Très souvent cependant la cysticercose guérit spontanément par la mort et la calcification du parasite qui survient généralement au bout de six mois ou deux ans (Perrin, 648). Duguet et Stich, se basant sur la possibilité d'une issue aussi favorable, conseillent de se contenter d'une simple expectation, excepté, bien entendu, quand il s'agit de la cysticercose de l'œil où l'intervention d'urgence est toujours indiquée.

Broca (330) a obtenu un succès vraiment merveilleux : il a eu la patience de ponctionner et d'écraser 375 kystes chez un même malade. Malheureusement ce mode d'intervention a l'inconvénient de laisser des indurations des téguments.

Les médicaments qu'on a essayé d'injecter après la ponction sont assez nombreux. Davaine (347), Lancereaux (585) et Perrin (648) ont essayé la *teinture d'iode*. L'*alcool* (2 gouttes dans chaque kyste) et le *bichlorure de mercure* ont été employés.

Launois, s'inspirant de tentatives faites par Achard pour traiter les kystes hydatiques du foie, a injecté dans un kyste de ladrerie de l'*extrait de fougère mâle*.

L'extirpation est surtout indiquée avec grandes chances de succès dans la cysticercose de l'œil. Dans l'orbite comme pour les parties profondes de l'œil, l'ablation de la tumeur doit être aussi précoce que possible. Lorsque le Cysticerque siège au devant de la cornée, ce qui est heureusement rare, il ne faut pas faire l'extirpation de la tumeur, mais seulement l'ablation de la partie saillante. Hanus (703) compte parmi ses interventions quelques succès.

Dans les Cysticerques de la chambre antérieure l'incision de la cornée doit être linéaire, en face du bord de la pupille modérément dilatée ; ou bien au niveau du limbe de la cornée. L'extraction du parasite se fait à l'aide d'une pince. Dans un cas de Cysticerque très volumineux, on fut obligé de faire la kératotomie à lambeau externe et interne.

Sur 11 extractions relevées dans nos observations, on note 9 guérisons complètes, 1 cécité et dans un cas on fut obligé de vider l'œil.

Du corps vitré on extrait le parasite à travers la plaie méridienne soit à l'aide d'une pince qu'on applique au niveau de l'insertion de la tête sur le corps, ce point étant le plus solide (Liebreich, 191) ; soit par aspiration avec une canule longue ou avec la seringue d'Anel ; Chibret (620) en a obtenu trois succès.

Les incisions suivantes ont été pratiquées : 1° incision méridienne du bulbe (Van-Duyse, 501) ; 2° incision sclérale équatoriale (Graefe, 273) ; 3° excision de l'iris avec extraction du cristallin ; 4° incision linéaire de la cornée. Ce dernier procédé est admissible quand on peut espérer encore sauver la vue, c'est-à-dire quand les opacités du corps vitré sont peu considérables. Au contraire, lorsque la vue est sérieusement menacée, il faut éviter de recourir à ce procédé afin d'éviter des troubles symptomatiques. Graefe trouve les deux derniers procédés mauvais.

En règle générale, il faut condamner les incisions sclérales étendues, à cause de la perte presque inévitable de l'humeur vitrée (Wecker et Landolt, 474). En voici quelques statistiques :

Sur 45 opérations Graefe (502), a obtenu 30 succès et 15 insuccès ; ces derniers à cause de la mobilité du parasite dans le corps vitré.

Les 8 insuccès sur les 24 interventions de Treitel (614) ont été également occasionnés par la mobilité du Cysticerque. Treitel (635) conseille de s'aider dans ces cas de l'ophthalmoscope.

Sur 14 opérations, Leber (526) a eu *trois* insuccès.

Sur 47 extractions relevées dans nos observations, nous comptons 32 guérisons et 13 énucléations. On fut obligé de faire ces 13 énucléations à cause de la difficulté à saisir le parasite. Dans deux cas le kyste est sorti spontanément après incision.

C'est Magawly (608) qui, le premier, aurait pratiqué l'extraction du Cysticerque du corps vitré.

En cas de cécité et de ramollissement de l'œil, il est préférable de pratiquer l'énucléation pour conserver l'œil sain, menacé de troubles sympathiques (Hirschberg, 282).

Dans la rétine, il faut d'abord bien déterminer le siège du Cysticerque à l'aide de l'ophthalmoscope spécial de Graefe. Ce dernier auteur (449) a extrait un Cysticerque sous-rétinien sans déchirer la rétine. On arrive le plus souvent à extraire le kyste parasitaire avec beaucoup de facilité à l'aide d'une pince après incision méridienne de la sclérotique ; l'extraction doit être suivie d'un pansement compressif (Galezowski).

Sur 48 interventions pour cysticercose de la rétine relevées dans nos observations nous comptons 34 extractions avec succès et 14 énucléations, dues celles-ci le plus souvent à une intervention trop tardive; dans des cas plus rares à la difficulté de saisir le parasite.

Van-Duyse attaque le Cysticerque à l'aide d'une ponction galvanique (Wecker, 530).

L'anesthésie peut être employée s'il n'y a pas de contre-indication.

Stölting (594) conseille de remplacer, dans les interventions sur l'œil, les antiseptiques par le sérum, afin d'éviter les troubles de la transparence de la cornée.

CHAPITRE XIII

OBSERVATIONS

Le travail qui précède est basé sur 542 observations, dont une seulement est inédite.

Nous nous contenterons de rapporter ici, dans chacune des divisions adoptées, l'observation ou les observations, qui nous ont paru les plus typiques.

Quant aux autres observations nous ne les résumons même pas, ce qui surchargerait inutilement notre travail de redites trop fréquentes, d'autant plus que notre description étiologique, symptômatique, diagnostique, etc. est établie sur des cas qui ont tous été compulsés et analysés soigneusement par nous. Nous donnerons à côté de chaque observation typique les numéros correspondants aux indications bibliographiques qui se trouvent à la fin de ce travail.

OBSERVATIONS TYPIQUES (1)

1° Cysticercose généralisée

Observation I (inédite, due à l'obligeance de M. le docteur Auscher, 739).

Homme, âgé de 52 ans, charcutier, a remarqué depuis six mois une multitude de petites tumeurs sur différents points du corps : tumeurs très dures, indolentes, d'une grosseur variant du volume d'un grain de Chènevis à celui d'une petite Cerise. La plupart siègent dans le tissu conjonctif sous-cutané : l'une d'elles est fixée sur la face externe de la branche horizontale du maxillaire inférieur gauche ; une autre dans le plancher de la bouche, à droite du frein de la langue ; en tout une trentaine, perceptibles à la palpation. L'œil est indemne; le malade ne souffre pas, mais il est un peu gêné par quelques-unes d'entre elles. Un certain nombre de tumeurs analogues a disparu spontanément ; le malade en voit apparaître de temps en temps de nouvelles, qui augmentent progressivement. Par la ponction on l'a débarrassé d'un certain nombre d'entre elles : jamais il n'est survenu d'érythème ni d'urticaire même localisé à la suite de ces ponctions.

Après incision on en a énucléé plusieurs : c'étaient de petits kystes, à enveloppe blanchâtre, transparents, renfermant un liquide non albumineux. En un point du kyste, existait un épaississement, ressemblant à un petit nodule fibreux : une pression, même très forte, du kyste énucléé, n'amenait la hernie d'aucun prolongement ni vers la face externe, ni vers la face interne. La recherche des crochets dans le liquide n'a pas été pratiquée. L'examen du sang n'a pas été fait. Il y a un an, cet homme a rendu, à quelques semaines d'intervalle, deux Ténias. Il n'a jamais perdu d'anneaux (cucurbitins) dans l'intervalle des garde-robes. L'administration de cinq grammes d'extrait de Fougères mâles n'a pas amené l'expulsion d'un nouveau Ténia.

(1) Nous citons une observation inédite et trois observations qui nous paraissent les plus intéressantes, parce qu'elles sont synthétiques, et aussi à cause de leur publication récente.

Observation 2 (Achard et Lœper, 753). — Résumée.

Marguerite R..., âgée de 48 ans, entre à l'hôpital le 21 juin 1900, pour des douleurs assez vives dans les bras et l'articulation de l'épaule et pour une série de petites tumeurs, dures et un peu sensibles, qui ont apparu sur presque toute la surface du corps. Au nombre de 40, les unes saillantes, les autres seulement perceptibles au palper, elles siègent presque toutes sous la peau, dans le tissu cellulaire. Le plus souvent mobiles et roulant sous le doigt, elles se trouvent parfois adhérentes au plan musculaire ou aponévrotique. Leur volume varie d'une Lentille à une petite Noisette. Leur consistance est celle d'un kyste bien tendu. Elles sont arrondies, parfois ovalaires, à extrémités effilées. Elles sont réparties au cuir chevelu, au niveau de la région temporale, elles suivent presque le trajet des vaisseaux, au cou, à la poitrine où elles sont en plus grand nombre. Une de ces tumeurs, de consistance presque cartilagineuse, qui se trouve dans le sillon sous-mammaire droit, fut la première en date et remonte à vingt-trois ans. On en trouve également dans divers points du dos, au membre inférieur gauche et aux membres supérieurs. Au niveau des deux tumeurs du pli de l'aine gauche la peau est un peu vasculaire. Il n'y en a pas dans la paume de la main. La langue et le plancher de la bouche sont indemnes. La malade n'a jamais eu de Ténia, mais sa fille aurait rendu un Ténia de seize mètres il y a vingt-huit ans, c'est-à-dire quatre ans avant l'apparition de la première tumeur. La malade mangeait beaucoup de salades et de légumes crus, rarement du Porc. Les tumeurs qui siègent au cou auraient été plus nombreuses et plus volumineuses il y a quatre ans et auraient diminué considérablement au bout de trois ans.

Les troubles viscéraux sont nuls ; les troubles nerveux par contre sont assez accentués : aux membres inférieurs, ce sont des douleurs vagues, quelques fourmillements ; aux bras, les douleurs sont plus vives, fulgurantes. Les réflexes sont exagérés. La vue est affaiblie depuis cinq mois, mais ce trouble doit être rapporté à un certain degré de cataracte bilatérale. La malade a souvent des vertiges, des éblouissements, une fois même, elle a fait une chute. Ajoutons un affaiblissement de la mémoire et des démangaisons très vives sans éruption. Le diagnostic fut confirmé par l'examen de deux des tumeurs. L'une de ces tumeurs, située sous la veine basilique, était légèrement adhérente à l'aponévrose et au nerf brachial cutané interne. Son ablation fut un peu douloureuse. C'étaient deux petits kystes qui contenaient un liquide clair comme de l'eau de roche, qui se précipitait par l'alcool. Au microscope, on a pu constater qu'il s'agissait d'une tête de Ténia caractéristique avec ses quatre ventouses et deux couronnes de crochets (20 à 22).

Le diagnostic de *Tænia solium* a été vérifié par M. le professeur Blanchard, qui a bien voulu examiner la préparation.

On examina le sang de la malade le 27 juin. La leucocytose quantitative

est normale : 5.900. Mais l'équilibre leucocytaire est modifié par une éosinophilie assez abondante.

Polynucléaires	60 p. 100
Mononucléaires ganglionnaires	27 »
Mononucléaires médullaires	2 »
Eosinophiles.	11 »

Un nouvel examen pratiqué le 2 juillet donne le même résultat :

Polynucléaires	62 p. 100
Mononucléaires ganglionnaires.	24 »
Mononucléaires médullaires	4 »
Eosinophiles (dont 2 myélocytes)	10 »

En ponctionnant trois des tumeurs du dos, on a retiré environ 1/3 de centimètre cube de liquide absolument clair qu'on inocula dans le péritoine d'une Souris.

La Souris ne manifesta dans les heures qui suivirent l'injection aucun symptôme d'intoxication : les yeux étaient plus petits pourtant et l'activité de l'animal moindre.

Un premier examen du sang fut pratiqué une heure après l'injection ; il donna :

Polynucléaires . .	46 p. 100 au lieu de	35	avant l'injection.
Mononucléaires .	54 »	65	»

15 heures après on obtint :

Polynucléaires	37 p. 100
Mononucléaires ganglionnaires . . .	56,5 »
Myélocytes	2,5 »
Eosinophiles	3 »

On sacrifia l'animal au bout de vingt heures. La sérosité péritonéale examinée sur lamelles donna environ 3 éosinophiles pour 100 globules blancs mononucléaires.

Le sang de la rate donna une proportion très analogue de 4 éosinophiles pour 100 gros mononucléaires et 7 à 8 myélocytes. Enfin le sang du cœur contenait une proportion d'éosinophiles égale à celle du sang périphérique recueilli pendant la vie. C'est l'existence de l'éosinophilie chez la malade, qui doit attirer notre attention. On peut en effet se demander si, dans le cas de ladrerie on ne constaterait pas chez les malades quelques signes indiquant une intoxication : l'éosinophilie étant déjà le cachet d'un stigmate de l'intoxication.

Observation 3 (Marie et Guillain, 760). — Résumée.

Femme, âgée de trente trois ans, se présente avec de multiples tumeurs disséminées sur tout le corps, surtout nombreuses aux membres supérieurs. Ces tumeurs, du volume d'un Pois, sont douloureuses spontanément

et à la pression ; elles semblent superficielles, mais en réalité elles sont sous-aponévrotiques, intra-musculaires ; elles sont lisses et leur consistance rappelle celle des fibromes. Une nodosité donnant la sensation d'une gomme siège dans l'épaisseur de la langue. Une autre au niveau de l'éminence hypothénar de la main droite. La malade a de la glycosurie. L'examen hématologique a montré une formule leucocytaire normale. L'examen microscopique a montré qu'il s'agissait du *Cysticercus cellulosæ*.

Observation 4. — (Posselt, 747). — Résumée.

Homme, âgé de vingt-cinq ans, vient consulter en 1898 (29 novembre), pour de petites tumeurs apparues sous la peau depuis deux ans et demi. Au moment où on l'examine, le malade est pris subitement de contracture du visage, avec convulsions cloniques et toniques dans le membre supérieur gauche, bientôt survient une attaque épileptiforme. Au bout de quelques moments tout se calme et l'on peut continuer à examiner le malade. En 1896, en même temps que de petites tumeurs se montrent sous la peau sur divers points du corps, le malade est pris d'un malaise, de diarrhée, d'éblouissement, ainsi que d'attaques épileptiformes ; ces dernières arrivent à se répéter plusieurs fois dans la semaine.

Le malade se nourrissait durant deux ans, en 1895 et en 1896, du porc cru en très grande quantité, et, en 1895, il a même rendu un *Tænia solium*. Le malade se plaint également de céphalalgie du côté droit ainsi que d'un affaiblissement de la vue. Depuis un an il souffre de boulymie. Chose curieuse : dans la localité natale du malade (environs de Prague) deux de ses amis sont atteints de la même affection et à la même époque.

Les petites tumeurs, de volume et de forme d'une Noisette, se trouvent tantôt dans le tissu cellulaire sous-cutané, tantôt dans les muscles. Elles sont lisses, ovoïdes, élastiques, et mobiles dans la direction des fibres musculaires. La peau est normale. A l'examen ophtalmoscopique on constate une stase des deux papilles, qui sont tuméfiées et grisâtres. Durant le séjour du malade à l'hôpital un certain nombre de petites tumeurs font leur apparition sur divers points du corps ; on extirpe quelques-unes d'entre elles et le microscope montre qu'il s'agit là du *Cysticercus cellulosæ*.

Un tænifuge administré au malade fait expulser un Ténia sans tête. En tout on compte 54 tumeurs, qu'on distingue nettement par le palper.

Dans leur ensemble les symptômes font penser à une épilepsie corticale jacksonnienne. On suppose que les parasites se trouvent localisés dans la partie moyenne de la circonvolution centrale antérieure droite.

Pas trace d'albumine, ni sucre ; absence complète d'éosinophilie.

Les autres observations qui ont été publiées sont au nombre

de *soixante-quatre*; voici les numéros qui correspondent aux indications bibliographiques :

1, 4, 8, 10 (deux cas), 41, 50, 56, 60, 63, 71bis, 103, 116 (cinq cas), 123, 151bis, 171, 181, 183, 185, 212, 226, 283, 295, 306, 323bis, 330, 345, 354, 356, 359, 360bis, 362, 386, 394, 413, 417, 418, 457, 475, 496, 518, 551, 561, 566, 585, 591, 606, 617, 629, 633, 647, 650, 678 (trois cas), 685, 688, 730, 744, 752.

2° Cysticercose localisée à un seul organe

SYSTÈME NERVEUX

Enveloppes du cerveau. — *Observation* 5 (Bollinger, 545).

Homme, âgé de 41 ans, peintre, n'ayant présenté aucun symptôme cérébral durant la vie, meurt de tuberculose en 1886. A l'autopsie on trouve une vésicule, grosse comme un noyau de Cerise, située dans l'épaisseur des méninges. L'examen microscopique montra qu'il s'agissait de *Cysticercus cellulosæ*.

Les autres observations qui ont été publiées sont au nombre de *sept* ; voici les numéros qui correspondent aux indications bibliographiques : 75, 168, 228, 399, 606, 678, et 748.

Hémisphères cérébraux. — *Observation* 6 (Levi et Lemaire, 759).

Jeune fille, âgée de 17 ans, de la Savoie, fait le service de domestique à Paris depuis l'année 1899; déjà à son arrivée à Paris elle se plaint de maux de tête. En décembre 1899 elle entre à l'hôpital, la céphalée étant devenue très violente et survenant la nuit comme le jour. Le principal caractère de cette céphalée c'est qu'elle n'est pas généralisée On est obligé, pour calmer la douleur, de faire à la malade des injections de morphine. Bientôt survient la somnolence. Les premiers jours de février, la malade est prise pendant la nuit de délire avec hallucinations visuelles, qui continuent le lendemain, elle voit surtout des Serpents. Après cette crise la somnolence et la céphalée disparaissent.

La 13 février, la céphalée réapparaît ; le 15 février la malade est prise de douleurs à la nuque et de vomissements pendant l'effort ; le lendemain, elle meurt subitement pendant la visite.

A l'autopsie, on trouve dans l'intestin 46 Ascarides. Dans les deux

hémisphères cérébraux, on trouve disséminées par-ci et par-là de petites masses kystiques jaunâtres, du volume d'un petit Pois, saillantes, arrondies ou allongées, parfois irrégulières, de consistance dure, principalement dans la substance grise et dans les sillons. En tout 400 kystes. On en trouve un peu partout dans le cerveau : au niveau des noyaux gris centraux ; noyau caudé et couche optique du côté droit, dans la protubérance annulaire, trois kystes; dans le pédoncule cérébral gauche, deux kystes. Tantôt ce sont des Cysticerques dégénérés, sous forme de masses caséeuses, blanc-jaunâtres, qui, en s'enlevant, déchirent la substance cérébrale.

Tantôt, ce sont des tumeurs faciles à énucléer, appendues chacune à une artériole. On trouve la forme en haltère (Bitot et Sabrazès), caractérisée par des vésicules, appendues l'une en face de l'autre, le long d'une branche artérielle. Les vésicules sont transparentes. La paroi du kyste est fibreuse, plus jeune à la périphérie, dans le voisinage du cerveau, où elle est très riche en cellules et renferme de nombreux vaisseaux capillaires; mais lorsque le kyste devient plus âgé, sa paroi ne renferme que des fibres. De nombreuses cellules conjonctives et des vaisseaux se retrouvent encore au voisinage de la membrane propre. A l'intérieur du kyste se trouve un Cysticerque muni de quatre ventouses et de deux couronnes de crochets (28 à 30).

La pie-mère ne présente aucun épaississement.

Les autres observations sont au nombre de *quatre-vingt-quatre* ; voici les numéros qui correspondent aux indications bibliographiques :

10, 15, 28, 41, 42, 66, 73 (deux cas), 77, 84, 85 (deux cas), 96, 104 (deux cas), 137 (deux cas), 154, 168 (deux cas), 170, 171 (dix cas), 173 (deux cas), 178, 180, 183, 209, 215, 225, 233, 237, 239, 248, 260, 272, 278, 292, 310, 316, 323 bis, 324, 325, 327, 344, 354, 362 (deux cas), 417, 429, 505, 519 (trois cas), 569, 572 (cinq cas), 575, 579, 597, 606, 678 (six cas), 701, 722, 742, 748, 752.

Ventricules cérébraux. — *Observation* 7 (Verdun et Iversens, 738).

Homme, 29 ans, valet de ferme. En 1896 violentes douleurs de tête à l'occiput. Cette céphalalgie, aggravée par les mouvements et la pression de la tête, est continue avec des paroxysmes et accompagnée de vomissements, de constipation et d'inégalité pupillaire ainsi que de photophobie. Le malade présente de la torpeur et de la prostration. Tout disparaît au bout d'un mois et demi. Puis surviennent une diminution de l'acuité visuelle et la diplopie.

En 1897, attaques épileptiformes tous les 15 à 20 jours, une ou deux

fois par semaine, et même trois fois le même jour avec perte de connaissance. La durée de l'attaque est de dix minutes. Voici le tableau de l'attaque : recrudescence de la céphalalgie avec diplopie, chute, convulsions suivies de contractions des membres, parfois incontinence d'urine et des matières avec salivation abondante.

Souvent après ou au moment des repas survient un sommeil irrésistible avec ronflement. Le 1er janvier 1898, vomissements, diarrhée, céphalalgie intense, crises épileptiques suivies d'incontinence d'urine et de matières. Le 14 janvier, le malade entre à l'hôpital : tous les symptômes s'aggravent. Le 17 janvier, dernière crise avec dyspnée et cyanose. Pouls 44. Température 36°8. Le malade meurt.

A l'*autopsie* les ventricules sont dilatés ; dans le ventricule latéral gauche on trouve une vésicule de Cysticerque.

Pas de Ténia dans l'intestin.

Les autres cas sont au nombre de *treize* :

1 bis, 2, 15, 81, 168, 171 (deux cas), 232, 233, 320, 532, 579 (deux cas).

Cervelet. — *Observation* 8 (Merkel, 238)

Garçon, 13 ans, d'une famille riche. Père mort d'une maladie mentale après quelques semaines de souffrances, à l'âge de 45 ans. L'enfant est faible d'intelligence. En 1865, pendant un début de catarrhe bronchique, le malade se plaint de douleurs atroces dans les muscles de la nuque, du côté gauche, sous forme de tension et de déchirement. Pour éviter les douleurs, il tient la tête immobile, inclinée en bas et à gauche et cela pendant quatre semaines. Les douleurs diminuent, puis disparaissent. En été 1865, céphalalgie diurne et nocturne ; nausées et vomissements. On prescrit à l'enfant un régime sévère, mais les symptômes persistent. Au début les douleurs et les vomissements duraient quelques minutes, plus tard des journées entières. La céphalalgie devient terrible et est suivie d'un sommeil profond.

Les attaques se répétaient d'abord une fois par mois, plus tard tous les 8 à 15 jours. Les 25 et 26 décembre 1865 l'enfant, malgré son mal de tête et des vomissements, joue avec ses amis.

Le 27 décembre, il se réveille avec un mal de tête, déjeune peu et vomit immédiatement après. La céphalalgie, étant devenue plus intense, on le couche ; après quelques minutes l'enfant pâlit, sa respiration devient stertoreuse et il expire sans connaissance.

A *l'autopsie* on trouve une tumeur kystique enfoncée dans la substance du cervelet ; cette tumeur, du volume d'un Haricot, contient un *Cysticercus cellulosæ*. L'intestin n'a pas été examiné : on ne sait pas s'il y avait un Ténia.

Un autre cas, voir à la bibliographie le numéro 707.

Protubérance annulaire. — *Observation* 9 (Fredet, 313. Cas unique)

Homme, 22 ans, vigoureux, souffre beaucoup de la tête et se plaint de névralgie faciale du côté droit depuis deux ans. Voulant traverser la voie publique, il tombe et meurt subitement. Quelques minutes avant la mort, on a pu constater des contractions successives et involontaires des muscles de la face à droite, avec projection de la tête du même côté. Il est intéressant à noter qu'il est tombé à droite perpendiculairement à la direction dans laquelle il marchait. Les vêtements étaient souillés de matières fécales.

A l'*autopsie* on trouva à la base du cerveau, à la partie supérieure de la protubérance annulaire une membrane grisâtre libre, qui contenait un Cysticerque avec ses crochets.

Bulbe et 4me ventricule. — *Observation* 10 (Czyhlarz Ernest, 741).

Employé, 29 ans. Père mort d'une hémorragie cérébrale. Le malade a été toujours bien portant. Le début de sa maladie date du mois de janvier 1894. Le lendemain de la mort subite de son père, il fut pris de vertiges, de vomissements et de céphalalgie. Le vertige se produisait surtout au réveil et devenait plus intense à l'air frais. La marche et les mouvements n'augmentaient pas l'intensité des vertiges. En même temps surviennent des crampes dans les membres du côté gauche. Le malade entre à l'hôpital où, sous l'influence de l'iodure de potassium et du bromure de sodium, il arrive à une amélioration considérable ; il quitte l'hôpital au bout d'un mois. Deux ans après les mêmes symptômes apparaissent en avril 1896, sans aucune cause appréciable. Les vertiges, les vomissements, la céphalalgie ont lieu à n'importe quel moment de la journée, irrégulièrement. Le malade recommence le même traitement antinévralgique, mais sans succès. Au mois d'octobre 1898, sous l'influence d'une cure d'hydrothérapie froide, son état s'aggrave, tous les symptômes s'aggravent, la céphalalgie devient insupportable, ainsi que les crampes. Le malade rentre de nouveau à l'hôpital où il reste trois semaines. Pour la première fois sa marche devient incertaine, il éprouve une sensation d'ivresse. Les bains l'améliorent. Le fond de l'œil est normal. Deux jours après sa sortie les mêmes symptômes deviennent plus intenses encore. La céphalalgie est continuelle.

Depuis quelques jours il a des éclats devant les yeux. Sa parole reste intacte. Son intelligence ne change en rien ; mais sa mémoire s'affaiblit. A l'examen du malade le 1er mars 1899 on ne trouve rien au poumon, n au cœur, le fond de l'œil reste normal, la sensibilité et la motilité du corps et des extrémités également normales. A peine la coordination des membres supérieurs est-elle abolie, la démarche spasmodique, incertaine avec inclinaison à droite. Debout, les yeux fermés, le malade tombe du côté droit. Le réflexe patellaire est exagéré des deux côtés. Sucre et albumine dans les urines. Le malade meurt le 10 avril. A l'*autopsie* on constate un Cysticerque dans le 4e ventricule avec hydrocéphalie interne.

Les autres observations qui ont été publiées sont au nombre de *seize* ; voici les numéros qui correspondent aux indications bibliographiques : 153, 172, 203, 256, 436, 519 (trois cas), 545, 579 (quatre cas), 701, 737, 746.

CYSTICERCUS RACEMOSUS DU CERVEAU, SURTOUT A LA BASE. — *Observation* 11 (De Waele, 751).

Femme, âgée de 44 ans, vient à l'hôpital pour cancer de l'utérus. Pendant son séjour à l'hôpital on remarque que la malade est sujette à des accès épileptiformes, qui coïncident avec le moment des règles. Ces accès ne sont pas précédés de cris, mais sont suivis de pertes de connaissance assez longue. La malade présente également un tremblement des membres supérieurs et surtout des mains ; en plus de cela elle a de l'incontinence d'urine et des matières fécales. On l'opère de son cancer. Au bout de six mois elle revient à l'hôpital pour récidive. Les accès épileptiformes ainsi que le tremblement se répètent pendant son second séjour. Elle meurt un mois après.

A l'*autopsie*, voici ce que l'on constate :

Au tiers postérieur de la dure-mère, du côté de sa face interne, se trouve suspendue une vésicule sous forme de polype multilobé. Dans le ventricule latéral droit nage une seconde vésicule ; à l'extrémité de la corne postérieure est attachée une vésicule très irrégulière comme forme ; au pilier postérieur gauche du trigone une quatrième vésicule. Dans l'écorce cérébrale, on trouve douze autres vésicules. Rien dans d'autres organes. Pas de Ténia dans l'intestin. L'examen microscopique de la vésicule montra qu'il s'agissait d'un Cysticerque racemeux.

Les autres observations de *Cysticercus racemosus* sont au nombre de *vingt* et *une ;* voici les numéros qui correspondent aux indications bibliographiques :

6. 405, 417, 439, 458 (sept cas), 534, 572, 586, 598 (deux cas), 602, 631, 724, 726 (deux cas).

ŒIL ET SES ANNEXES

PAUPIÈRES. — *Observation* 12 (Hirschberg, 262)

Fillette âgée de 3 ans, se présente le 20 septembre 1870 avec une tuméfaction dure et élastique de la paupière inférieure, qu'on pouvait voir du côté de la conjonctive. Après avoir incisé la conjonctive et écarté les fibres de l'orbiculaire, on trouve une néoformation grosse comme un Haricot, solide, jaunâtre et un peu tordue sur elle-même. A l'examen de la tumeur, on peut voir deux membranes emboîtées l'une dans l'autre et à l'intérieure de celle-ci, un Cysticerque.

Les autres cas sont au nombre de *cinq*, voici leurs numéros : 70, 88, 257, 536, 666.

Orbite. — *Observation* 13 (Badal, 683)

Homme, âgé de 30 ans, ouvrier ferblantier. Il s'était heurté le rebord orbitaire de l'œil droit à l'angle d'une porte; sans plaie, ni ecchymose, sans aucun trouble de la vision ; 15 jours après : céphalalgie violente dans le voisinage de la région orbitaire du côté droit. Douleurs continuelles surtout le soir. La paupière supérieure droite est très gonflée ; l'œdème disparaissait pendant la nuit. A la longue ptosis marqué de ce côté. Le malade consulte un médecin ; on explore l'orbite, on n'y trouve rien ; on lui met des compresses chaudes au niveau de la région orbitaire.

Quelques semaines après, les maux de tête et l'œdème disparaissent. Bientôt tout reparaît avec plus d'intensité. Le 20 mars on constate à l'angle supéro-interne de l'orbite à droite, en arrière du rebord orbitaire, une petite tumeur. A la ponction de cette tumeur pas de liquide. Après la ponction, inflammation de toute la région, qui fait croire à un abcès. Le malade entre à l'hôpital le 2 avril. On lui donne de l'iodure de potassium à haute dose pendant 10 jours sans amélioration. Tumeur, grosse comme une Amande, douloureuse à la pression, rénitente, adhérente par sa base à la paroi de l'orbite. L'œil est repoussé en bas et en dehors. L'acuité visuelle est normale. Le malade présente un ptosis très marqué. La tumeur augmente chaque jour, dépasse le rebord, soulève la peau de la paupière. On fait une ponction le 4me jour sans trouver du liquide, mais l'inflammation et les douleurs s'amendent. Le 10 avril on fait l'ablation de la tumeur, sous chloroforme : on incise la paupière, puis la tumeur ; on voit alors du pus, qui s'écoule emmenant une petite vésicule transparente. L'énucléation de la tumeur est facile. Tout va bien après l'opération : le malade quitte l'hôpital le 19 avril, mais avec blépharoptose et parésie incomplète du muscle droit supérieur de l'œil. Le fond de l'œil reste normal. A l'intérieur du kyste se trouvait un Cysticerque.

Les autres cas sont au nombre de *neuf* ; voici leurs numéros : 220, 596, 641 (trois cas), 691 (quatre cas).

Capsule de Tenon. — *Observation* 14 (Meyer, 664)

Garçon jeune, bien portant, se plaint de diplopie, de douleurs oculaires et frontales. Le bulbe de l'œil gauche est immobile avec une température oculaire légèrement augmentée (0,6°). L'œil est également atteint d'exophthalmie. On fait le diagnostic d'inflammation banale et on le traite avec des compresses. Le lendemain apparaît au-dessous de la cornée une petite proéminence, grosse comme un Pois, qui laisse sortir un liquide clair après incision. Le surlendemain, en comprimant la petite tumeur on fait

sortir un Cysticerque vivant de un centimètre de long. Cette tumeur n'a pas suppuré. Le malade guérit, mais les mouvements de l'œil en haut ainsi que les mouvements de la paupière supérieure sont gênés.

Un autre cas qui a été publié correspond au numéro 669.

Conjonctive. — *Observation* 15 (Cunier, 48)

Le jeune duc B..., âgé de 17 ans, a été frappé à l'œil droit par un Papillon. La violence du choc avait été si forte que B... eût une syncope, durant quelques minutes. Il avait la sensation d'un corps étranger entre les paupières, on lui fait des lotions froides, mais la douleur devient intolérable. Trois heures après l'accident surviennent une agitation extrême ; les paupières sont convulsivement fermées ; photopsie pénible avec sensation de corps étranger ; œil larmoyant. Une saignée fut pratiquée, qui amena un peu de calme. Le Papillon était un *Sphinx populi* de très forte taille; on l'a trouvé étourdi du choc, deux pattes et une aile manquaient.

Examen de l'œil à l'aide du spéculum Lusardi : à une demi-ligne de l'union scléro-cornéenne, sur la ligne transversale du globe, en dehors, on constate un bourrelet de conjonctive chémosiée d'un millimètre de diamètre, entouré d'une ecchymose, qui marque la place où la violence avait porté. Sous le pli oculo-palpébral, on trouve un fragment de patte, probablement. Le soir, le bourrelet était plus saillant ; à l'aide d'une loupe on pouvait distinguer à son sommet une petite ulcération. Le lendemain, le 31 juillet, le malade supportait bien la lumière. Le 10 août, il ne restait plus trace d'ecchymose, le bourrelet avait repris son volume primitif, l'ulcération du sommet persistait ; on la cautérisa avec du nitrate d'argent ; l'ulcération guérit, mais le bourrelet persista aplati. La sclérotique au niveau du traumatisme présentait une teinte jaunâtre.

Le malade partit pour Naples et au mois de janvier 1841 il contracta une ophthalmie catarrhale, qui fut dissipée au bout de 8 jours, mais la tumeur augmenta tout-à-coup et prit l'aspect d'une vésicule. Une ponction donna issue à de la sérosité roussâtre. Le 2 février la tumeur diminue, comme au début, mais la conjonctive devient très vascularisée. Au mois de mai la tumeur augmente considérablement : en 30 jours elle devient grosse comme un Pois, empiète sur la cornée, ce qui gêne la vision. Pas de douleurs. Le 20 août 1841, le malade revient : la tumeur avait atteint le volume d'un grain de Café ; elle naissait à 3/4 de ligne en dehors de l'union scléro-cornéenne et s'étendait jusqu'au centre de la cornée ; quatre ou cinq gros vaisseaux variqueux s'y rendaient, venant du pli oculo-palpébral. La tumeur, d'un rouge sarcomateux au pourtour, était transparente au centre. Pas de vascularisation du globe.

Le 21 août on pratiqua l'ablation de la tumeur, en l'excisant. C'était un *Cysticercus cellulosæ*.

Les autres observations qui en ont été publiées sont au nombre de *trente-six* ; voici les numéros qui correspondent aux indications bibliographiques :

31, 32, 36, 38, 43, 53 (trois cas), 54, 64, 94, 130, 139 (trois cas), 202, 257, 286, 468 (trois cas), 526, 580, 584, 600, 622, 641 (quatre cas), 703 (six cas).

Cornée. — *Observation* 16 (Appia, 95).

Femme, âgée de 30 ans, se présente avec un Cysticerque logé entre les lamelles de la cornée de l'œil gauche. A l'aide d'une loupe on distingue des mouvements lents du parasite. La capsule transparente, qui le loge, se trouve dans la partie inférieure de la cornée et s'étend en haut jusqu'au dessus du bord inférieur de la pupille. Cette capsule, du volume d'un petit Pois, ne communique à la cornée qu'une teinte opaline. On distingue un point blanchâtre par lequel sort la tête : celle ci changeait de forme, et la malade, à l'aide d'une loupe, pouvait voir elle-même les mouvements du Cysticerque.

Un autre cas correspond au numéro 282.

Chambre antérieure. — *Observation* 17. — (Mackenzie, 74).

Jeune fille, âgée de 16 ans, vient consulter le 26 septembre 1848 pour obscurcissement de la vision, dont est atteint l'œil gauche. Dans la chambre antérieure, au niveau de la pupille, on constate à l'examen de la malade un corps sphérique demi-transparent, ressemblant au cristallin Ce corps sphérique ou vésicule changeait de forme et de position et de temps en temps faisait sortir au niveau de son bord inférieur un filament blanc opaque.

Au mois de juin l'œil gauche s'était enflammé; l'inflammation durait depuis trois semaines. lorsqu'on constata la présence de la vésicule. Les deux tiers inférieurs de la pupille, étant recouverts par la vésicule, la malade ne pouvait voir que par son tiers supérieur. En dehors de quelques douleurs provoquées par les examens ophtalmoscopiques, elle ne souffrait pas du tout On incise la cornée, on extrait la vésicule, qui se trouve être un Cysticerque muni de 14 crochets. On pouvait voir ses mouvements lorsqu'on le plongeait dans l'eau tiède. La malade a guéri très bien.

Dans son enfance la malade souffrait d'Ascarides lombricoïdes; depuis cette époque elle n'avait jamais été robuste.

Les autres observations qui ont été publiées sont au nombre

de *seize* ; voici les numéros qui correspondent aux indications bibliographiques ;

18, 23, 72, 99, 109, 110, 142 (deux cas), 148, 159, 160, 167, 282, 375, 641, 649.

Iris. — *Observation* 18 (Teale, 224)

Fille, âgée de 10 ans, vient, le 2 juin 1866, avec injection de la conjonctive En l'examinant on constate sur la partie inférieure de l'iris de l'œil droit un corps opaque. La cornée reste transparente et la tension de l'œil normale.

L'œil s'enflamme de temps en temps depuis trois ans L'enfant avait des Vers intestinaux. On extrait le petit corps et on y trouve un Cysticerque avec ses crochets et ses ventouses. La malade guérit.

Entre l'iris et le cristallin. — *Observation* 19 (Herrnheiser, 582)

Homme, meunier, âgé de 54 ans, entre à l'hôpital, le 17 octobre 1870. En examinant le malade on trouve dans l'œil droit, entre l'iris et le cristallin, une vésicule, dont l'extrémité dépasse le bord de la pupille. Cette dernière est normale. La vésicule exécute des mouvements. Après l'incision de la cornée la vésicule vient se loger sur le plancher de la chambre antérieure. Déjà auparavant, l'œil avait été aveuglé par atrophie du nerf optique. Le cristallin, ayant été lésé au moment de l'opération, a été extirpé.

Comme suites opératoires notons l'irritation de l'œil.

Le 9 novembre on voit dans la chambre antérieure une partie du Cysticerque ridé.

Le malade guérit le 23 novembre.

Cristallin. — *Observation* 20 (Graefe, 206)

Femme, âgée de 42 ans, vient consulter en novembre 1864 pour cécité de l'œil gauche, survenue au mois de juin 1864, dans l'espace de trois semaines, avec de légers phénomènes d'irritation. Depuis le commencement de juillet 1864, elle n'a plus de perception lumineuse quantitative. A l'examen de l'œil : cataracte corticale molle complètement formée ; synéchies postérieures isolées ; iris décoloré. La projection et les phosphènes conservés. Quelques jours auparavant, forte névralgie ciliaire. En enlevant le cristallin, il s'échappe de sa membrane une vésicule de 6 millimètres de diamètre, avec un petit bouton aplati blanchâtre. La vésicule contient un Cysticerque. La malade guérit après six semaines.

Corps vitré. — *Observation* 21 (Hirschberg, 658).

Femme, âgée de 44 ans, paysanne de Westphalie. Il y a deux ans, on a tué un Porc dans sa maison. Sa sœur et le mari de celle-ci, en mangeant de ce Porc, ont eu le Ver solitaire. Quoique la malade affirme ne pas

avoir eu le Ténia, le tænifuge en fait sortir un, de cinq mètres de longueur. La tête n'est pas trouvée, mais elle a été probablement mal cherchée dans les matières fécales. L'altération de la vue de l'œil gauche chez la malade date depuis une année, sans douleurs. Bientôt, elle perd complètement la vue du côté gauche, c'est alors qu'elle consulte un médecin qui trouve un Cysticerque dans le fond de l'œil et l'on décide l'intervention chirurgicale le 30 mars 1891. Au niveau de l'insertion du nerf optique, dans la partie inférieure du corps vitré, se trouve un Cysticerque vivant de 10 millimètres de longueur et de 5 millimètres de largeur.

Sur le pourpre du fond de l'œil on aperçoit l'ombre du Cysticerque bleu-verdâtre. On voit le Ver se contracter dans l'œil; par moments ces contractions deviennent plus intenses, mais le Cysticerque ne change pas sensiblement de place. Les mouvements de la tête sont appréciables ; les ventouses très bien vues. Lorsqu'on a injecté de l'atropine, on a pu remarquer que la tête s'est retournée un peu de côté et on pouvait bien distinguer ses mouvements. Le Ver prenait des formes : semilunaire, cratériforme et en biscuit.

De petites taches sont particulièrement visibles dans le voisinage de la vésicule. Dans la partie inféro-externe le corps vitré semble plus épaissi et sous forme d'une bande, attache le kyste à la rétine. Un peu en dehors de la partie inféro-externe on voit une bande, dont la partie périphérique externe est soulevée par une petite accumulation de sang. La plus grande partie de la rétine est rougeâtre, mais ses vaisseaux ne sont pas visibles. La malade n'a pas de Cysticerques sous-cutanés. Les mouvements de l'œil sont normaux. On fait l'incision de la sclérotique sans chloroforme et avec une pince on écarte ce qui gêne, le Cysticerque apparaît sans que le corps vitré ou du sang soit perdu. On ramène le lambeau. L'opération n'a duré qu'une minute entre l'incision et le pansement. La guérison a eu lieu sans difficultés. L'aspect de l'œil est normal, excepté une faible rougeur du lambeau, mais la vue n'est pas recouvrée, la malade s'étant présentée trop tard à la consultation. On a plongé le Cysticerque dans du lait tiède pour observer ses mouvements, mais le Cysticerque s'est contracté et n'a plus bougé.

Les autres observations sont au nombre de *quatre-vingt-huit*; voici les numéros qui correspondent aux indications bibliographiques :

103 bis, 110, 140, 156, 163, 166, 208, 219 (deux cas), 223, 262, 282 (deux cas), 285, 312, 332, 333 (cinq cas), 342, 369 (trois cas), 371 (cinq cas). 372 (deux cas), 426, 431 (trois cas), 471, 501, 503 (sept cas), 506, 526 (dix cas), 580 (deux cas), 604, 608, 612, 614, 615, 641 (vingt-trois cas), 666 (deux cas).

Cysticerque encapsulé dans le corps vitré

Observation 22 (Stölting, 564).

Soldat, âgé de 20 ans, entre pour une diminution du pouvoir visuel de l'œil droit le 17 août 1888. Le malade ne présente ni douleurs, ni irritation. A l'examen du malade on constate des opacités du corps vitré et une vésicule à sa partie postérieure. Vésicule longue de 7 millimètres et large de 5 millimètres. Son extrémité postérieure se trouve à 6 millimètres du nerf optique. Cette vésicule, qui est étranglée au milieu, est douée de mouvements ondulatoires. On pouvait apercevoir une cicatrice au niveau de la choroïde. On l'opère deux fois et à la deuxième intervention on arrive à extraire la vésicule, qui se trouve enveloppée dans une autre capsule ; cette dernière est constituée par du tissu de la rétine dégénérée : on a pu reconnaître les deux couches granuleuses, la couche des fibres, des cônes et des bâtonnets. La vésicule contenait un Cysticerque La choroïde était décollée de la sclérotique. Le malade guérit, mais la perte de la vue fut complète et le décollement de la rétine total.

Les autres cas sont au nombre de *cinq* ; voici leurs numéros de la bibliographie : 119, 125, 150, 174, 660.

Cysticerque double du corps vitré

Observation 23 (Graefe, 656).

Homme, âgé de 27 ans, cartonnier, vient consulter le 3 juillet 1892.

Depuis 9 mois son œil gauche est irrité et la vision légèrement troublée ; l'irritation augmente surtout depuis six mois.

Au mois d'avril 1892, un tænifuge permet de constater chez le malade un Ver solitaire.

A l'examen du malade, le 9 juillet 1892 : l'œil gauche, sans douleur et sans rougeur, paraît normal, le corps vitré est rempli d'opacités qui se déplacent ; au milieu de ces opacités on voit un corps sphérique avec des contours irisés, qui se meut par moments. En faisant regarder le malade dans différentes directions, et notamment à une déviation latérale de son regard, on arrive à voir une seconde vésicule en tout semblable à la première. On fait le diagnostic de deux Cysticerques libres dans le corps vitré.

Le malade voit lui-même deux Chenilles dans la moitié supérieure de son champ visuel et, lorsque ces dernières jettent une ombre sur la rétine. le malade distingue également leurs mouvements.

On l'opère sous chloroforme le 12 juillet et on extrait l'une après l'autre les deux vésicules. Douleurs après l'opération. Guérison 8 jours après.

On revoit le malade le 21 mai 1893 : l'œil est absolument normal, sans irritation.

Les autres cas sont au nombre de *trois* ; voici les numéros de la bibliographie :

431, 624, 640.

Cysticerques dans le corps vitré et dans d'autres parties de l'organisme

Observation 24 (Graefe, 503)

Homme, âgé de 24 ans, se présente avec un certain nombre de petits nodules sous la peau sur divers points du corps. A l'examen de l'œil on constate un décollement de la rétine et dans le corps vitré un Cysticerque qui flotte librement. On opère le malade le 19 janvier 1885, le Cysticerque s'échappe spontanément après incision.

Le 20 juillet 1885 le malade revient, l'œil est normal, sans irritation.

Les autres observations sont au nombre de *deux* ; voici leurs numéros : 431 et 641.

Rétine. — *Observation* 25 (Galézowski, 463)

Femme, âgée de 28 ans, vient consulter en décembre 1882 pour affaiblissement de la vue du côté droit. A l'âge de deux ans, elle avait de fortes diarrhées, dont elle a guéri après avoir rendu un Ver solitaire de plus de dix mètres de longueur. Depuis ce temps elle se porte bien. Au mois de septembre 1882 l'œil devient rouge pendant 24 heures, la joue et les paupières du même côté, gonflées, l'œil larmoyant, mais la vue reste claire. Tout disparaît bientôt, mais de temps en temps le gonflement de la paupière supérieure, du sourcil et de la tempe du côté droit réapparaît. Vers le milieu de novembre la vue de l'œil droit s'affaiblit : la malade voit les objets comme à travers un brouillard, elle voit des taches lumineuses et des couleurs variées.

Parfois elle aperçoit du côté externe de l'œil droit une sorte de boule lumineuse danser et s'agiter en tous sens. Au mois de décembre, une ombre légèrement lumineuse passe et repasse devant son œil ; l'ombre devient plus sombre, en même temps la perception des objets devient de plus en plus faible. Le 20 janvier 1883 la malade ne peut plus compter les doigts, mais elle perçoit encore les mouvements de la main. Le champ visuel est aboli, excepté à la partie externe.

La pupille droite dilatée se contracte lorsque les deux yeux sont ouverts. A l'examen microscopique : le milieu de l'œil transparent ; la papille un peu nuageuse ainsi que la partie supéro-interne de la rétine. En suivant les vaisseaux internes on rencontre une tache ovale, blanc-grisâtre, avec des contours bien circonscrits et faisant une saillie très marquée dans le corps vitré. La tumeur est circonscrite par un rebord jaune-grisâtre un peu miroitant.

Elle est sillonnée à sa surface par de nombreux vaisseaux qui sont un peu tortueux et variqueux par places. Du côté externe de cette tumeur on aperçoit très distinctement des mouvements ondulatoires de la tumeur elle-même. Le 11 mars, l'acuité visuelle a encore diminué ; la malade voit cependant par moments un peu mieux, mais elle se plaint parfois de douleurs péri-orbitaires, et même l'œil est douloureux au toucher. On incise le segment postérieur du globe. Le Cysticerque n'a pas été enlevé. La vue est demeurée la même ; mais les douleurs ont diminué.

Les autres observations sont au nombre de *soixante-six*; voici leurs numéros de la bibliographie : 111 (deux cas), 124, 125, 132, 139 (quatre cas), 146, 174, 176, 187 (deux cas), 208, 282 (deux cas), 307, 333 (trois cas), 371 (deux cas), 372 (trois cas), 376, 423, 431, 498, 503 (onze cas), 517, 526 (quatre cas), 594, 616, 622, 623, 641 (sept cas), 654, 666, 680, 736 (trois cas), 743, 749, 750.

Cysticerque triple de la rétine (Cas unique)

Observation 26 (Schöbl, 670)

Garçon, âgé de cinq ans, fils d'ouvrier, est amené le 10 mai 1892.

Depuis 4 semaines les parents remarquent un éclat inaccoutumé de l'œil gauche de l'enfant. Extérieurement l'œil est normal. A l'examen, à l'œil nu, on voit dans le fond du globe un reflet blanc jaunâtre qui rappelle l'œil du Chat amaurotique. Après la dilatation de la pupille on constate que la rétine est décollée en trois points différents. D'étendue inégale, ces trois décollements sont de forme elliptique et font saillie dans le corps vitré.

Le plus grand décollement en dehors et en bas a 12 millimètres de long sur 8 millimètres de large. Les deux autres, moins étendus, se trouvent l'un en haut et en dedans de la rétine, l'autre en bas et en dedans. Les parois de ces saillies sont transparentes, blanc-jaunâtres.

Sur la plus grande on peut distinguer de petites taches ; à la surface de toutes les trois on voit très bien les vaisseaux rétiniens. A l'aide de l'ophthalmoscope on peut même apercevoir à travers la rétine des formations membraneuses.

Le petit malade ne peut distinguer que la lumière et l'obscurité. On fait le diagnostic de Cysticerques ou d'Echynocoques.

A la fin de juin l'enfant ressent de violentes douleurs dans l'œil. On pratique l'énucléation de l'œil le 6 juillet 1892. L'enfant guérit quelques jours après. L'examen de l'œil énucléé montre trois *Cysticercus cellulosæ.*

Choroïde. — *Observation* 27 (Jaeger, 253)

Le docteur Jaeger donne la description d'un Entozoaire découvert par lui dans le tissu de la choroïde d'un œil qui avait séjourné pendant plusieurs mois dans une solution étendue d'alcool.

COEUR

Observation 28 (Morgani, 347)

Homme, âgé de 74 ans, sans aucun symptôme cardiaque. A l'autopsie on trouve à la surface postérieure du ventricule gauche du cœur, à deux travers de doigt au-dessus de la pointe, une vésicule, dont une moitié faisait saillie, l'autre s'enfonçait dans la substance musculaire du cœur. La vésicule contenait un Cysticerque.

Les autres observations sont au nombre de *huit* ; voici leurs numéros de la bibliographie :
37, 91, 116, 362, 417, 689 (Cysticerque racemeux), 116 (aorte).

APPAREIL RESPIRATOIRE

Larynx. — *Observation* 29 (Schüssler, 76. Cas unique).

Petite fille, âgée de un an, avait expectoré 3 vésicules de Cysticerque. Elle est morte de rougeole. A l'autopsie on trouve au niveau de la fente glottique encore deux autres vésicules.

Poumon. — *Obs.* 30 (Virchow, 362. Cysticerque solitaire. Cas unique).

Fillette, âgée de deux ans et demi, meurt de granulie. A l'autopsie on trouve des lésions de tuberculose généralisée et un Cysticerque dans le poumon droit.

ANNEXES DU TUBE DIGESTIF

Bouche. — *Observation* 31 (Karevsky, 536).

Fille, âgée de 13 ans, vient consulter pour une petite tumeur sous la muqueuse de la bouche du côté droit.
On incise la muqueuse au niveau de la tumeur et on retire une vésicule grosse comme un Pois, à travers laquelle on aperçoit une petite tache blanchâtre. L'examen microscopique fut fait et montra qu'il s'agissait d'un *Cysticercus cellulosæ*.

Langue. — *Observation* 32 (Chabert, 347).

Fillette, présentant un Cysticerque dans l'épaisseur de la base de la langue. Le Cysticerque fut extrait.

Foie. — *Observation* 33 (Haugg, 606).

Homme, 62 ans, meurt d'un carcinome. A l'autopsie on trouve un Cysticerque dans le foie.

APPAREIL GÉNITO-URINAIRE

VESSIE. — *Observation* 34 (Holscher, 116).

Garçon, 4 ans, est atteint de polyurie avec ténesme au moment d'uriner. Cela dure un an. Le petit malade maigrit et meurt. A l'autopsie on trouve 15 vésicules de Cysticerque dans l'orifice de la vessie.

URINE. — *Observation* 35 (Wertenkampf, 30).

Jeune fille, 22 ans, souffre depuis longtemps d'un catarrhe chronique de la vessie. Elle fut prise subitement, par suite d'un refroidissement, d'une aphonie complète avec douleur dans le larynx et dans la trachée, sans fièvre. Les révulsifs la rétablirent.

Bientôt survient une difficulté dans l'émission de l'urine avec strangurie, phénomènes qui persistent jusqu'à ce que la malade rende tous les 4 à 5 jours une quantité notable de vésicules par l'urèthre, depuis la grosseur d'un Pois à celle d'une Noisette, au nombre de 50 à 60. On vit à la loupe qu'elles étaient vivantes. Après chaque éjection, la strangurie cessait pour reparaître bientôt après et persister jusqu'à ce qu'une nouvelle quantité de vésicules eut été rejetée. Cela dura plusieurs mois. Les forces ont considérablement diminué. Un régime fortifiant combiné avec les anthelminthiques fut employé avec succès, et la malade guérit tout à fait par l'usage de l'huile de Chabert. L'examen confirma que c'étaient des *Cysticercus cellulosæ*.

TESTICULE. — *Observation* 36 (Cooper, 87).

Une vésicule caudale fut trouvée dans un testicule. C'était un *Cysticercus cellulosæ*.

3° Cysticercose localisée à un seul tissu.

TISSU CELLULAIRE

Observation 37 (Lewin, 646. Résumée).

Homme, sellier, 29 ans, vient consulter pour une blennorrhagie chronique, le 31 mai 1892.

Le 17 juillet, à l'examen du malade, on trouve sur le corps un grand nombre de petites tumeurs, du volume d'un noyau de Cerise, arrondies, dures, mobiles, situées sous la peau. Déjà en 1886, le malade avait rendu, après sept cures énergiques, un Ténia. Les derniers temps, le malade souffrait d'insomnie et de rêves agités, ainsi que de céphalalgie avec irradiation vers l'épaule. Parfois c'étaient des vertiges relativement légers. Il faut noter également des étincellements devant les yeux avec sensation de pression sur le front.

L'extirpation d'une de ces tumeurs fut faite et l'examen microscopique montra qu'il s'agissait là du *Cysticercus cellulosæ*.

Observation 38 (Follin et Robin, 65. Résumée).

Le malade présente un kyste, situé à la face interne du muscle droit de l'abdomen, dans le tissu cellulaire sous-péritonéal. A l'intérieur de ce kyste se trouvent trois Cysticerques à la fois.

Observation 39 (Karevsky, 536. Résumée).

Fillette, âgée de six ans, fut atteinte d'ostéomyélite de la première phalange de l'index gauche. Au genou, dans le tissu cellulaire sous-cutané de la rotule droite, on trouve une petite tumeur, ronde, dure, fluctuante et adhérente à la peau. A l'examen microscopique, on constate que c'était un Cysticerque. Pas d'autres Cysticerques sur les autres parties du corps.

La malade n'avait jamais eu le Ténia.

Les autres observations qui ont été publiées sont au nombre de *vingt* et *une*; voici les numéros qui correspondent aux indications bibliographiques : 4, 62, 87, 277, 279 bis, 351, 354 (trois cas), 398 (trois cas), 424, 513, 536 (deux cas), 630, 648, 655 (deux cas), 733.

TISSU MUSCULAIRE

TÊTE. — *Observation* 40 (Dumreicher, 354)

Menuisier, âgé de 25 ans, se présente avec une tumeur à la partie antérieure de la région temporale droite. Grosse comme un Pois, la tumeur est lisse et dure. Elle augmente depuis quatre ans et ce n'est que depuis quelques mois qu'elle reste stationnaire.

Le malade est sujet à des insomnies et à des céphalalgies depuis quelques mois.

FACE. — *Observation* 41 (Karevsky, 536)

Petite fille, âgée de 9 ans, se présente avec une petite tumeur sous la muqueuse de la lèvre supérieure.

Au microscope on a pu voir qu'il s'agissait d'un Cysticerque du *Tænia solium*.

L'enfant n'avait jamais eu le Ver solitaire.

Les autres cas sont au nombre de *six* :
117, 164, 169 (deux cas), 354, 727.

COU. — *Observation* 42 (Gursky, 605)

Forgeron, 35 ans. En 1886, une petite tumeur, grosse comme un Pois, apparaît à la région postérieure du cou. En 1889, elle atteint le volume

d'un œuf de Canard, sa forme est sphérique. Les mouvements de la colonne cervicale sont libres. La pression de la tumeur n'est pas douloureuse. On opère le malade le 3 juillet 1889 et après dissection du trapèze et des spléniques on arrive sur une capsule ou vésicule grosse comme un œuf de Pigeon, nageant dans du pus jaune. De la vésicule on extrait un *Cysticercus cellulosæ*. Pas de Ténia chez le malade ni dans la famille. Pas d'autres Cysticerques.

TRONC. — *Observation* 43 (Rathery et Sevestre, 454).

Homme 54 ans, cardiaque, présente 16 ou 17 petites tumeurs, de la grosseur d'une Cerise, disséminées en différents points de la région sus-diaphragmatique du corps. On n'a jamais observé de cucurbitins chez ce malade. On extirpe une de ces tumeurs, et l'examen microscopique montre qu'il s'agit d'un *Cysticercus cellulosæ*. Entré à l'hôpital le 13 février 1882, le malade fut pris, le 3 août, de douleurs lombaires et du ventre; puis surviennent l'ascite, l'œdème des membres inférieurs et l'hématurie ; le malade meurt dans le coma le 22 décembre.

A l'*autopsie* on trouve des Cysticerques dans les muscles de la région sus-diaphragmatique ; et dans l'intestin grêle, à 75 centimètres de la valvule iléo-cæcale, un *Tænia solium* pelotonné.

Les autres cas sont au nombre de *cinq* : 9, 354 (deux cas), 436, 536.

MEMBRES. — *Observation* 44 (Karevsky, 536).

Fillette âgée de 2 ans, entre avec abcès percé de la face dorsale du pouce. On pense au spina-ventosa. Un Cysticerque s'échappe de la fistule à l'introduction de la curette.

Observation 45 (Laennec, 10).

Homme 30 ans, présente un kyste dans le muscle grand péronier. Kyste ovoïde, adhère par sa face externe aux fibres musculaires et au tissu cellulaire. A l'intérieur du kyste se trouve une matière jaunâtre assez ferme par places, ainsi qu'un Ver vésiculaire. A la loupe on distingue bien quatre ventouses et deux couronnes de crochets.

Les autres cas sont au nombre de *douze* : 1 bis, 11, 19, 57, 112, 249, 347 (deux cas), 396, 536, 672, 735.

TISSU OSSEUX

Observation 46 (Virchow, 362).

Enfant âgé de 9 mois. A l'autopsie de cet enfant on trouve dans la boîte crânienne notamment sur le bord frontal, dans la suture coronaire du côté gauche, un Cysticerque. La vésicule est entourée en avant par du tissu osseux, en arrière par la substance fibreuse de la suture.

Un autre cas de Rokitansky, 136.

TISSU GLANDULAIRE

Observation 47 (Guermonprez, 504).

Femme, 29 ans, arrive à l'hôpital en juillet 1881, au moment de la grossesse, avec une petite tumeur indolore dans le sein gauche. Au mois de septembre, après la couche, ce sein ne sécrète pas de lait. En novembre on voit la tumeur grandir ; puis elle reste stationnaire, grâce à la teinture d'iode, pendant une année. En novembre 1882 la tumeur s'étant un peu enflammée, la malade éprouve quelques douleurs En mars 1883 l'inflammation devient très intense. La malade se plaint de douleurs très fortes. On l'opère et on extrait un Cysticerque long de 4 centimètres. La malade guérit.

Les autres observations sont au nombre de *quatre* ; voir aux numéros :

87, 169, 354, 536.

CHAPITRE XIV

CONCLUSIONS

1° La cysticercose est toujours produite chez l'Homme par le *Cysticercus cellulosae*, larve du *Tænia solium*, et jamais par le *Cysticercus bovis*, larve du *Tænia saginata*.

2° L'infestation se fait de deux façons différentes : par absorption d'œufs de Ténia ou d'embryons hexacanthes libres qui pénètrent dans le tube digestif avec les aliments, ou par auto-infestation due à la présence du Ténia dans l'intestin.

3° Les Cysticerques introduits dans le tube digestif avec la viande de Porc ne peuvent jamais provoquer de cysticercose chez l'Homme, maís par contre se transforment chez ce dernier en Ténia adulte, qui secondairement par auto-infestation peut donner naissance à la cysticercose.

4° C'est principalement par la voie sanguine que les embryons sont transportés dans les divers points de l'organisme, en se localisant le plus fréquemment à la portion sus-diaphragmatique du corps, ainsi qu'au niveau de la racine des membres.

5° Il n'y a pas de traitement médical pour faire disparaître les Cysticerques ; le seul traitement radical c'est l'extirpation de la tumeur (cysticercose de l'œil et de la peau) ou l'injection à son intérieur d'une substance toxique telle que l'alcool ou la teinture d'iode (cysticercose de la peau et des muscles superficiels).

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

XVIIe et XVIIIe Siècles

1. **Wepfer.** — Grandines pulmonum aliarumque patrium cum phthisi. *Ephem. nat. cur. dec.* II, ann. IX, 1690, p. 440.

1bis. **Fischer.** — Tænia hydatigenae in plexu choroideo nuper inventae historia. Lipsiae, 1789.

2. **Treutler.** — Tænia hydatigena. Pathol. anatom. — Auctarium ad Helminthologiam. Lips, 1793, p. 66.

3. **Cases.** — Wasserblasen, nicht Blasenwürmer, im Gehirn. *I. d. pract-Arznk. u. Wundarznk.* Jena, 1798, v, 813 à 817.

XIXe Siècle

4. **Steinbuch et Loschge.** — De Tænia hydatigena anomala. Erlangen, 1801-1802, p. 3.

5. — **Bonafox de Mallet.** — Hydatides dans le poumon. Traité de la nat. et du traitement de la phthisie pulmonaire. Paris, 1804, p. 24.

6. — **Brera.** — Des Vers vésiculaires. Traité des maladies vermineuses, traduit par BARTOLI et CALVET. Paris, 1804, p. 32.

7. **Brera.** — Med. prakt. Vorlesungen über die vornehmsten Eingeweidewürmer. Leipzig, 1803, p. 23.

8. **Himly.** — Beobachtung und Beschreibung des Finnenwurms. *Journal des Hufeland*, t. XXIX, décembre 1809, p. 116.

9. **Florman.** — Vetensk. Acad. nya Hadiingar, t. XXXI, p. 179. Stockholm, 1810.

10. **Laennec.** — Mémoire sur les Vers vésiculaires. *Mémoires de la Soc. de l'Ecole de Médecine*, 1812, p. 124.

11. **Greve.** — Erfahr. und Beobacht. über die Krankheit der Hausthiere. Oldenburg, 1818, chap. XVII, art. *Finna*.

12. **Bremser.** — Lebende Würmer. Wien, 1819.

13. **Bremser.** — Traité zoologique et physiologique sur les Vers intestinaux de l'homme. Paris 1824, pages 280 à 293.

14. **Cloquet.**— Hydatide dans un kyste d'une paupière. *Arch. génér. de méd.*, 1827. T. 13, p. 293.

15. **Calmeil**. — Observations du Cysticerque dans l'encéphale. *Journal hebdom. de Médec.*, 1828, t. I, p. 44 à 49.

16. **Andral**. — Entozoaires de l'encéphale. *Anat. pathol.*, 1829, t. 2, p. 332.

17. **Lobstein**. — Le Cysticerque du tissu cellulaire. Traité d'anat. pathol., 1829, t. I, p. 530.

18. **Sœmmering (W)**. — Cysticercus in der vorderen Augenkammer. *Oken's Isis*, 1830, fasc. 8, p. 717.

19. **Cruveilhier**. — Entozoaires dans le Dict. de Méd. et chirurg. prat., 1831.

20. **Neumann**. — Cysticercus in der vorderen Kammer. *Rosas Lehre von den Augenkrankheiten*. Wien, 1831, p. 430 et *Rust's Magazin*, 1831, vol. XXXIII, p. 529.

21. **Dupuytren**. — Cysticerque ladrique dans le muscle grand péronier de l'Homme. *Cliniques chirurgicales ou Leçons orales de clinique chirurgicale*, 1832, t. 3, p. 367.

22. **Logan (Robert)**. — Case of animalcule in the eye of a child. Edinburgh, 1833. (Voir *London Medical Gazette*, t. 12).

23. **Meikle**, d'Edinbourg, dont l'obs. a été publiée par Logan, 1833.

24. **Andral**. — Kystes séreux dans la pie-mère. *Clinique Médic.*, 1834, t. V, p. 59.

24bis. **Abercrombie**. — Céphalalgie avec affection des sens et convulsions. Des maladies de l'encéphale et de la moelle, p. 475, trad. de Gendrin, Paris, 1835.

25. **Calmeil**. — Encéphale dans le *Dictionn. de Médecine* 1835, vol. 11, p. 482 et 582.

27. **Schott**. — Controverse über die Nerven des Nabelstrangs. Frankfurt-s.-l.-M., 1836.

28. **Lebert**. — Cysticerques du cerveau. *Société Anat.* 1837, p. 38.

29. **Tschudi (Ad.)**. — Die Blasenwürmer. Ein monographischer Versuch. Freiburg, 1837, 77 pages in-4°.

30. **Wertenkampf**. — Hydatides des voies urinaires. *Arch. de méd.* 1837, 3e série, t. I, p. 367.

31. **Estlin** — Cysticercus unter der Conjunctiva. *Medical Gazette*. London, vol. XXII, p. 889, et vol. XXVI, p. 5, 1838 et *Mackenzie pract. Diseases of the eye* 1839, p. 909, 3e édition.

32. **Froriep (Ludwig)**. — Neue Notizen aus dem Gebiete der Natur- und Heilkunde, 1838, t. V, n° 170, p. 256.

33. **Knox**. — Observations on the cysticercus cellulosae, inhabiting the human muscles. *Proc. Roy. Soc. Edinburgh*, 1838, p. 185.

34. **Richard**. — Cysticerques. Cysticercus cellulosae. Eléments d'Histoire naturelle médicale. 1838 : Zoologie, p. 501.

35. **Siebold** (Dr V.). — Cysticercus subconjunctivalis. *Zeitung des med. Vereins in Preussen*. N° 16, 18 avril 1838.

Année 1839

36. **Baum**, de Dantzig. — *Annales d'oculist.*, t. II, p. 69.

37. **Ferral**. — Hydatids in the Heart. *Dublin journal of med. Sciences*, vol. 15, p. 501.

38. **Hoering**. — Observ. d'un Cystic. celluleux sous la conjonctive. *Gaz. Méd.*, p. 636.

39 **Höring**. — Cysticercus cell. in der Conjunctiva eines Kindes. *Med. Corresp.-Bl. des württemberg. ärztl. Vereins*, t. IX, n° 25, p. 196.

40. **Mackenzie** (W.). — A practical treatise on the diseases of the eye. London (3e édition), p. 910.

41. **Nivet**. — Observations de Cysticerques ladriques du cerveau. *Arch. génér. de Médecine*, 3e série, pp. 478 et 483, et *Gaz. méd. de Paris*, 1840, p. 234.

Année 1840

42. **Bouvier**. — Cysticerques dans le cerveau. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 1840, p. 556.

43. **Estlin**. — Case of Cysticercus cellul. between the Conjunctiva and Sclerotica. *London Medical gazette*, t. 26, p. 35.

44. **Michea** (F.). — Observations d'Acéphalocystes du cerveau. *Gazette médicale de Paris*, 1840, n° 47, p. 746.

Année 1841

46. **Aubert**. — Mémoire relatif à trois substances anthelmintiques d'usage en Abyssinie. *Bulletin de l'Académie de médecine* 1841, p. 492.

47. **Gulliver**. — Observations on the structure of the entozoa belonging to the genus Cysticercus. *London Medico-Chirurgical Transactions*, t. 24, p. 1.

Année 1842

48. **Cunier**. — Cysticercus cellulosae sous la conjonctive. *Annales d'oculistique* 1842, t. VI, p. 271.

49. **Ferral**. — Balggeschwülste und Hydatiden. *Canstatt's Jahrbericht*, 1er cahier, pp. 37 et 39.

Année 1843

50. **Krükenberg**. — Sendler. Dissert. Cysticer. Cellul. Monographie. Halis 1843, in-8°.

51. **Louis** (P.). — Du cerveau et de ses enveloppes. Hydatides.

Recherches anatomiques et pathologiques sur la phthisie. Paris, 1843. Deuxième Edition, p. 162.

52. **Sendler** (Th.). — Cysticerci cellulosae monographia, *Thèse*, Halis, 1843, in-8°.

53. **Sichel** (J.). — Mémoire pratique sur le Cysticerque observé dans l'œil humain. *Journal de Chirurgie*, par M. Malgaigne. Décembre 1843, p. 401 à 409, et janvier 1844, p. 1 à 17; février, p. 41 à 48.

Année 1844

54. **Berard**. — Observation de Cysticerque sous-conjonctivale. *Gazette des Hôpitaux*, p. 257.

55. **Dalrymple**. — Voir *The Lancet*, août.

56. **Demarquay**. — Cysticerques dans les muscles. *Gazette des Hôpitaux*, p. 593.

57. **Gerlach**. — Note sur un cas de Cysticerque dans les muscles d'un cadavre de vieille femme. *Gazette des Hôpitaux*, 1844, p. 596.

58. **Ottley**. (D). — Case of cysticercus cellulosae of the brain. *Med. Chir. Transact. London*, 1844, XXVII, 12 à 17.

Année 1845

60. **Demarquay**. — Observations de Cysticerques recueillis sur l'homme. *Bulletin soc. anatomique de Paris*, vol. XX, p. 112.

61. **Dujardin** (F.) — Cestoïdes. Cysticerque du tissu cellulaire. Histoire naturelle des Helminthes, 1845, pp. 544 et 633.

62. **Fournier**. — Plusieurs Cysticerques dans une tumeur ayant l'aspect d'un furoncle. *Journal de Médecine, de Chirurgie et de Pharmacologie de Bruxelles*, p. 548.

63. **Raikem**. — Quelques observations sur des tumeurs sous-cutanées renfermant des Vers vésiculaires, Cysticerques ou Acephalocystes. *Journal de Médecine, de Chirurgie et de Pharmacologie de Bruxelles*, p. 543.

64. **Sichel**. — 1° Cysticerque sous-conjonctival. *Gazette des Hôpitaux*, p. 625.

2° Nouvelles observations sur le Cysticerque. *Revue Médico-Chirurgicale* de Malgaigne, 1847, t. 1, p. 222).

Année 1846

65. **Follin et Robin**. — Cysticerque triple du muscle grand droit de l'abdomen. *Bulletin Soc. Pilom.*, Novembre.

66. **Forget**. — Cysticerque du cerveau. *Gazette Médicale de Strasbourg*.

67. **Sichel**. — Diagnostic différentiel des kystes séreux sous-conjonctivaux et du Cysticerque ladrique sous-conjonctival. *Archives générales de médecine*, Paris, 4° série, t. XI, p. 433.

Année 1847

68. **Frédault.** — Note sur un nouveau Ver vésiculaire trouvé dans le cerveau. *Gazette médicale* (3), II, p. 310.

69. **Sichel** (J.) – Nouvelles observations sur le Cysticerque. *Journal de Chirurgie*, par M. Malgaigne, avril 1847, pp. 221 à 225.

70. **Sichel.** — Cysticerque dans le tissu cellulaire sous-cutané des paupières. *Revue Médico-Chirurgicale*, de Malgaigne, t. I, p. 224.

71. **Siebold.** — Parasites. *Gazette Médicale de Paris*, p. 660.

71bis. **Wyman Jeffries.** — Cysticerques dans les muscles et le cerveau. Boston, 1847, n° 904, p 321.

Année 1848

72. **Canton** (Edwin). — Instances of the Hydatid Cysticercus cellulosae in the subconjunctival cellular tissue, and in the anteriour chamber of the eye. *The Lancet*, n° du 22 juillet, p. 91.

73. **Günsburg.** — Parasiten im Gehirn dans *Die pathol. Geweblehre*, Leipzig, 1848, t. II, p. 137.

74. **Mackenzie** (Dr William). — Case of Cysticercus cellulosae in the anteriour chamber of the eye. *The Lancet*, p. 644.

75. **Ottley-Drewry.** — Cysticerque du cerveau. *Gazette des Hôpitaux*, p. 149.

76. **Schüssler.** — Cysticerken im Kehlkopf. *Würt. Corr. Bl.*, p. 10.

Année 1849

77. **Leubucher.** — Cysticercusblasen auf der rechten Hemisphäre. *Archiv. für Pathol., Anatomie, etc.*, p. 84.

78. **Canton** (Edwin) — Cysticerque de la conjonctive et de la chambre antérieure de l'œil. *Archives générales de Médecine*, 4e série, t. 19, p 218.

79. **Mackensie.** — Cysticercus in the anterior chamber. *Med. chir. Trans.*, vol. 32.

80. **Richard.** — Cysticerque. Cysticercus cellulosae, dans les *Eléments d'histoire naturelle médicale*, 4e édition. Zoologie, p. 501.

Année 1850

81. **Delaye.** — Cysticercus telae cellulosae als Ursache von Epilepsie. *Schmidt's Jahresbericht*, t. 68, p. 201, et *Journal de Toulouse*, mai.

82. **Mackensie** (W.). — A practical treatise on the diseases of the eye. London, 1850, 3e édition, p. 910.

83. **Salvatore** (Alessi). — Della elmintiasi nelle sue relazzioni colla

oculistica. Roma, 1850. *Bulletin de l'Académie royale de Médecine de Belgique*, 1852, t. 12, pp. 197 à 199; *Annales d'Ocul*, 1853, t. 30, p. 56, et *Archives d'Opht.*, 1853, t. I, p. 58.

Année 1851

84. **Brünniche** (A.). — Et Tilfaelde af Cysticercus i Menneskets Hjerne. *Hosp.-Medd.* Kjøbenh., t. IV, pp. 438 à 461.

85. **Günsburg** (F.). — Blasenwürmer des Gehirns. *Zeitschrift für klinische Medicine*, p. 274.

86. **Mackenzie.** — Remarques sur un prétendu cas d'hydatide de la chambre antérieure, observé par M. le Dr Neumann. *Edinburgh. med. Journ.* janvier, et *Ann. d'Ocul.*, t. XXV., p. 60.

Année 1852

87. **Uhde.** — Cysticercus cellulosae Rud. in einem Tumor cysticus. *Deutsche Klinik*, Berlin, vol. 3, 1851, p. 431 et *Nordamerican. Monatsbericht für Natur. und Heilkunde. Philadelphie*, janvier 1852, p. 10.

88 **Bowman.** — Hydatid Cyst. within the orbit. Cysticercus cellulosae. Removal. Recovery. *The Medical Times and Gazette*, n° 123 du 6 novembre, p. 466.

89. **Davaine** et **Follin.** — Cas de Cysticerque du tissu cellulaire intermusculaire observé chez l'Homme. *Comptes-rendus et mémoires de la Société de Biologie*, t. 4. p. 19.

90. **Küchenmeister.** — Ueber die Umwandlung der Finnen (Cysticerci) in Bandwürmer (Tenien). *Vierteljahrschrift für die praktische Heilunde*, t. 33, p. 106.

91. **Leudet.** — Note sur un fait de Cysticerque du cœur de l'Homme, avec endocardite. *Comptes rendus et mémoires de la Société de Biologie*, t. 4, p. 141; *Bulletin de la Société anatomique*, 1852, p. 469 et *Gazette médicale de Paris*, 1852, t. VII, p. 696.

92. **Lewald** (Georgius). — De cysticercorum in Taenias metamorphosi pascendi experimentis in instituto physiologigo vratislavienes administratis illustrata Dissertatio Silesius, 1852.

93. **Sangalli** (G.). — Storia di due casi di Cisticerchi del cervello nell' uomo, con osservazioni fisico-patologiche. *Ann. univ. di med. Milano*, p. 419.

94. **Sichel** (J.). — Du Cysticerque dans l'organe de la vue. Iconographie, p. 702 et atlas, pl. LXXII, fig. 1, 2, 3, 4 à 8, 1852-59.

Année 1853

95. **Appia** (de Genève). — Cysticerque dans la cornée. *Archives d'ophthalm.*, par Jamain, t. I, p. 58.

96. **Calmeil.** — Observation de Cysticerque du cerveau et des muscles chez l'Homme. *Comptes-rendus de la Soc. de biologie*, 1re série, t. V, p. 24.

97. **Coccius** (Ad.). — Ueber die Anwendung des Augenspiegels. Leipzig, p. 93.

98. **Gaudineau.** — Observation d'une tumeur sphérique molle et transparente du poids de 224 grammes dans l'hémisphère droit du cerveau. *Mémoire de méd. militaire*, 2e série, t. XI, p. 258.

99. **Graefe.** — Ein Fall von Cysticercus der vorderen Kammer. *Deutsche Klini*, Berlin, vol. V, p. 535.

100. **Krauss.** — Cysticercus cellulosae im Hirn einer Selbstmörderin. *Arch. f. path. anat. etc.* Berlin, t. X, p. 294.

101. **Küchenmeister.** — Sur les changements des Cysticerques en ténias. *Gazette Médicale de Paris*, p. 824.

102. **Leucart.** — Du parasitisme et des parasites. *Gazette médicale de Paris*, p. 293.

103. **Leudet** (E.). — Observation du Cysticerque du cerveau et des muscles chez l'Homme. *Gazette Médicale*, p. 380 ; *Bulletin de la Société anatomique*, pp. 91 à 94 et *Comptes-rendus de la Société de biologie*, t. 5, p. 24.

103bis. **Raikem.** — Voir *Bulletin de l'Académie royale de Médecine de Belgique*, p. 199.

104. **Sangalli.** — Cysticerken im Gehirn des Menschen. *Canstatt's Jahresbericht*, t. II., p. 53.

Année 1854

105. **Van Beneden.** — Développement des Cestoïdes. *Comptes-rendus des séances de l'Académie des sciences*, t. I, p, 692. Séance du 3 avril 1854.

106. **Desmarres** (L.-A.). — Cysticerque de la rétine dans le *Traité théorique et pratique des maladies des yeux*. 2e édition, t. III, p. 756, 1854-58 (la première observation en France de la cystic. dans l'intérieur de l'œil).

107. **Graefe.** (v.) — Cysticercus in der vorderen Kammer. *Arch. f. Ophthalm.*, vol. I, pp. 453 à 457, taf. II, fig. 1, 1854.

108. **Graefe.** — Un cas de Cysticerque dans la chambre antérieure. *Annales d'Oculistique*, t. XXI, p. 246.

109. **Graefe.** — Cysticercus cellulosae in der vorderen Augenkammer. *Deutsche Klini*, Berlin, vol. 6, p. 77.

110. **Graefe** (v.). — Vier Fälle von Cysticercus in den tieferen Teilen des Auges. *Arch. f. Ophthalm.*, vol. I (1), pp. 453 à 465.

111. **Graefe** (v.). — Fälle von Cysticercus auf der Netzhaut. *Arch. f. Ophthalm*, vol. I (1), pp. 457-465, Taf. III, fig. 2 et 3.

112. **Hoffmann.** — Grundzüge der pathol. Histol. Wien, 1854, p. 763.

113. **Küchenmeister.** — Cas de transformation de Cysticerques en Ténias dans le tube digestif de l'Homme. *Compte-rendus des séances de l'Académie des sciences*, t. II, p. 1180.

114 **Rainey** (G.). — On the structure and developpment of the Cysticercus cellulosae, as found in the pig. *Proceedings of the Royal Society*, London (1854-55), 1856, t. VII, pp. 548 à 555.

115. **Sichel** (J). — Cysticercus cellulosae sous la conjonctive de l'œil humain. *Archives d'ophthalmol.* de Jamin. Avril-Mai, et *Journal de chirurgie*, par M. Malgaigne, Mars, pp. 146-151.

116. **Stich.** — Ueber das Finnigsein lebender Menschen. *Annalen des Charité-Krankenhauses zu Berlin*, p. 154.

Année 1855

117. **Berend.** — Cysticerque de la lèvre supérieure. *Gazette des Hôpit.*, p. 171.

118. **Leuckart.** — Sur le développement des Vers intestinaux. *Annales des Sciences naturelles* : zoologie, t. III, p. 351, 1855.

119. **Liebreich** (R.). — Entozoën des Auges, Cysticercus im Glaskörper. *Canstatt's Jahresbericht*, etc., t. III, p. 113.

120. **Liebreich.** — Cysticercus im Glaskrper. *Archiv für Ophtalmol.*, vol. I, Abtheil II, p. 343.

121. **Milne-Edwards.** — Compte-rendu de quelques nouvelles expériences sur la transmission et métamorphoses des Vers intestinaux. *Canstatt's Jahresbericht*, etc., t. IV, p. 344.

122. **Siebold.** — Mémoire sur les Vers rubannés et vésiculaires de l'Homme et des animaux (Taenias, Cysticerques etc). *Annales des Sciences naturelles*, t. IV, pp. 48 et 172.

123. **Gellerstedt.** — Cysticerques existant simultanément dans un grand nombre d'organes chez le même sujet. *Canstatt's Jahresbericht*, etc., t. IV, p. 343 ; et *Hygiea*, vol. XV, p. 145.

124. **Graefe** (v.). — Cysticercus in retina. *Arch. f. Ophthalm.*, t. I (2), pp. 326 à 330.

125. **Graefe** (v.). — Fälle von Cysticercus im Innern des Auges. *Arch. f. Ophthalm.*, vol. 2 (1), pp. 259 à 266.

126. **Graefe** (v.). — Cysticercus hinter oder in der Netzhaut. *Arch. f. Ophthalm.*, t. 2 (1), pp. 259-263.

127. **Küchenmeister.** — Sur les expériences relatives à la transmission des Vers intestinaux chez l'espèce humaine. *Annales des Sciences naturelles.*

128. **Küchenmeister** (Fr.). — Die in und an dem Körper des lebenden Menschen vorkommenden Parasiten (die thierischen Parasiten). Leipzig, 1855, p. 79.

Année 1856

129. **Berthold** (G.-A.-G.) — De Cysticerco cellulosae in oculo humano. (*Thèse*), Berlin, 1856, 29 pp. in-8°.

130. **Canton** (Edwin). — Observations de Cysticerques dans l'œil humain. *Annales d'oculistique*, t. 36, p. 276, et *Surgical and Pathological observations* : London. 1855, in-8°.

131. **Eschricht.** — Die Blasenbandwürmer. Giessen, 1856, p. 4 (cité par Leuckart).

132. **Graefe.** — Cysticerque dans la rétine. *Annales d'oculist.*, t. 36, p. 181.

133. **Graefe.** — Zwei neue Fälle von Cysticercus in den tieferen Teilen des Auges. *Arch. f. Ophthalm.*, t. 2 (2), pp. 334-343.

134. **Leuckart** (R.). — Die Blasenbandwürmer und ihre Entwicklung. Giessen, 1856, 162 pp. in-4°.

135. **Liebreich.** — Cysticerque dans le corps vitré. *Annales d'oculist.*, t. 36, p. 256.

136. **Rokitansyk.** — Cysticercus cellulosae, dans le *Lehrbuch der pathologischen Anatomie*, Wien, 1856, t. II, pp. 474 et 491.

Année 1857

137. **Bouchut.** — Des Cysticerques du cerveau chez les enfants. *Gazette des Hôpitaux*, t. 30, p. 77.

138. **Gemelli** (L). — Storia di un caso di Cisticerchi del cervello, del cervelletto, del cuore e di quasi tutta la musculatura. *Ann. univ. di med. Milano*, 1857, CLXII, p. 390.

139. **Graefe** (v.). — Cysticercus unter der Conjunctiva. *Arch. f. Ophthalmologie*, vol. III (2), p. 308.

140. **Graefe** (v.). — Fall von Cysticercus im Glaskörper. *Arch. f. Ophthalm.*, vol. 3 (2), pp. 308-328.

141. **Graefe** (v.). — Cysticercus in Augenhintergrunde. *Arch. f. Ophth.*, t. 3 (2), pp. 328-336.

142. **Mackenzie.** — Cysticercus telae cellulosae, dans le *Traité pratique de maladies de l'œil*. Traduit de l'anglais par E. Warlomont et A. Testelin, 1857, t. II, pp. 865 et 867.

143. **Schilling.** — Case of Cysticercus cellulosae. *N.-J.-J.-M.*, vol. 2, pp. 194-205.

Année 1858

144. **Baillet.** — Compte-rendu des recherches et des expériences faites sur l'organisation et la reproduction des Cestoïdes du genre Tænia. Extraits dans les *Annales des Sc. natur.* (Zoologie), 4ᵉ série, p. 190.

145. **Busch** (W.). — Cysticercus im Glaskörper. *Archives f. Ophthalm.*, vol. 4 (2), pp. 99 à 105.

146. **Desmarres.** — Helminthes et végétaux parasites de l'œil, dans le *Traité des maladies des yeux*, 2e édit., pp. 754 et 756.

147. **Graefe** (v.). – Cysticercus im Glaskörper durch die Hornhaut extrahiert. *Arch. f. Ophthalm.*, vol. 4 (2), pp. 171-183.

148 **Hirschler.** — Cysticercus cellulosae in der vorderen Kammer. *Arch. f. Ophthalm.*, vol. 4, (2), p. 113.

149. **Virchow** (Rud). — Notice helminthologique. *Gazette médicale de Paris*, p. 443, et *Arch. für pathol. Anat.*, t. 11.

150. **Williams.** — Cysticercus im Glaskörper. *The Cincinnati Lancet and Observer*, n° 5.

Année 1859

151. **Gervais et Van-Beneden.** — Echinoteniiins ou Ténias pourvus de crochets céphaliques. *Zoologie Médicale*, t. II, p. 246.

151bis. **Molland** (M.). — Ladrerie chez l'homme. *Soc. anat.*, 1859, 2e série, t. IV, p. 59.

152. **Nagel** (A.). — Cysticercus auf der Netzhaut. *Arch. f. Ophthalm.* Vol. 5 (2), pp. 183-190.

153. **Ulrich.** — Hydrocephalus internus. Cysticercus. *Deutsche Klinik*. vol. XI, p. 351.

Année 1860

154. **Davaine et Duplay.** — Traité des Entozoaires et des maladies vermineuses de l'homme et des animaux domestiques, p. 660.

155. **Gelmo.** — Meningitis tuberculosa; Cysticercus cellulosae in corpore striato dextro. *Jahrb. f. Kinderh.*, Wien. 1860-61, t. IV, pp. 137 à 139.

156. **Graefe** (v) **und Schweigger.** — Uber intraoculäre Cysticerken. *Arch. f. Ophthalm.*, vol. 7 (2), pp. 48-57.

157. **Joire.** — Observations de Cystic. multiples développés dans le cerveau ; conservation de la vue malgré la destruction des tubercules quadrijumeaux. *Rev. méd. franç. et ètrang.* Paris, 1860, t. I, pp. 155 à 161.

158. **Joire.** — Cystic. multiples dans le cerveau chez un aliéné. *Gaz. des hôp.*, Paris 1860, t. XXXIII, p. 86.

159. **Mende.** — Cysticercus cellulosae in der vorderen Augenkammer. *Arch. f. Ophthalm.*, vol. 7 (1), p. 122.

160. **Roser.** — Cysticercus in der vorderen Augenkammer. *Correspondenz-Blatt zur Foerderung der wissenschaftlichen Heilkunde*. Marburg, p. 656.

161. **Küchenmeister**. — Nouvelle expérience sur la métamorphose du Cysticercus cellulosae en Tænia solium de l'Homme. *Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie*, p. 844.

162. **Virchow** (R.). — Traubenhydatiden der weichen Hirnhaut. *Arch. für pathologische Anatomie und Physiologie und für klinische Medicin*, t. XVIII, p. 528. Berlin 1860, et *Charité-Annalen*, t. VI, 1881.

Année 1861

163. **Busch**. — Observation du Cysticerque du corps vitré. *Annales d'oculistique*, t. 45, p. 178.

164. **Dolbeau**. — Cysticerque recueilli dans une tumeur de la région frontale. *Bulletin de la Société anatomique*, p. 324.

165. **Frantz**. — Ein Fall von Cysticercus cellulosae im Gehirn. *Verhandl. des Ver. pfälz Aerzte. Kaiserslautern*, pp. 27 à 30.

166. **Von Graefe**. — Cysticerque du corps vitré, extraction par la cornée. *Annales d'oculistique*, t. 45, p. 181.

167. **Kirschler**. — Observation de Cysticerque dans la chambre antérieure de l'œil. *Annales d'oculistique*, t. 45, p. 179.

168. **Koeberlé**. — Des Cysticerques des Ténias chez l'homme. Paris, 1861.

169. **Roser**. — Cysticercus in der Zunge. *Archiven der Heilkunde*, Leipzig, p. 370.

170. **Snell**. — Cysticerken im Gehirn. *Allg. Ztschr. f. Psychiat., etc.* Berlin XVIII, pp. 66-69, et *Cannstatt's Jahresber.*, t. III, p. 3.

Année 1862

171. **Ferber** (R.-H.). — Zur Casuistik der Parasiten, vorzugsweise der Cysticerken, im menschlichen Gehirn. *Arch. f. Heilk.*, Leipz., t. III, pp 530 à 547.

172. **Foerster** (A.). — Zur Casuistik der Hirnkrankheiten ; Cysticercus cellulosae im vierten Ventrikel ; Hydrocephalus internus. *Würzb. med. Ztschr*, t. III, pp. 193 à 195, et *Canstatt's Jahresber.*, t. II, p. 59.

173. **Griesinger** (Wilh.). — Cysticerken und ihre Diagnose. *Archiv der Heilkunde*, 1862, t. III, p. 220, et *Gesammelte Abhandlungen*, Berlin 1872, pp. 399 et 415.

174. **Galezowski**. — Cystic. du corps vitré et de la rétine. *Ann. d'ocul.* p 265.

175. **Levy** (Michel). — Cystic., *Hygiène publique et privée*, t. II, p. 710.

176. **Nagel**. — Observation de Cysticerque sur la rétine. *Ann. d'ocul.*, t. 47, p. 174.

177. **Ordonez et Chaillou**. — Cysticercus cellulosae des muscles chez l'Homme. *Gaz. méd. de Paris*, p 686.

178. **Rodust.** — Ueber Entozoën im Gehirn. *Cannstatt's Jahresber.*, t. IV, p. 266.

179. **Soelberg-Wells.** — Case of Cystercus within the eye. *Ophtalm. Hosp. Reports*, vol. III, p. 324-326.

180. **Visconti.** — Storia clinica ed anatomica di un caso di Cisticerchi del cervello. *Omodei annali di Medicina*, 1862, p. 576, et 1869, p. 84.

181. **Voppel.** — Cysticercus cellulosae cerebri. *Canstatt's Jahresbericht über die Fortschritte der gesammten Medicin*, t. III, p. 3, et *Allgem. Ztschr. f. Psych.*, t. XIX, p. 221.

182. **Windsor (John).** — Case of Cysticercus in the anterior chamber of the human eye. *Ophthalm. Hosp. Rep.*, n° 17, p. 322.

Année 1863

183. **Bonhomme.** — Cysticerques multiples chez un Homme de 77 ans. *Gazette médicale de Lyon*, p. 542, et *Gazette des Hôpitaux*, p. 511.

184. **Dressel.** — Zur Statistik des Cysticercus cellulosae. *Thèse.* Berlin, 1863.

185. **Fiedler.** — Cysticerken in Mesenteriadrüsen, Gehirn und Lungen. *Arch. für Heilkunde*, t. IV, 1863, p. 268.

186. **Graefe (v.).** — Extraktion fremder Körper, reclinierter Linsen und Entozoen aus dem Glaskörperraume. *Arch. f. Ophthalm.*, vol. 9 (2), p. 79.

187. **Graefe (Alf.).** — Zur Casuistik des amaurotischen Katzenauges Eingekapselter Cysticercus der Netzhaut. *Klin. Mon.-Bl. f. Augenhkde*, t. I, 233 resp. 237.

188. **Graefe (V.).** — Cysticercusblasen im Auge. *Deutsche Klinik*, n° 13, p. 130, et *Verhandl. der Berlin. med. Ges.*

189. **Influenza del Cisticerco** (Cysticercus cellulosae hominis) sul cervello. *Gazz. med. ital. prov. Venete*, Padova, 1863, t. VI, pp. 237 à 239.

190. **Kornfeld.** — De Entozoïs oculi. *Thèse.* Berlin, 1863, 32 pp. in-8°.

191. **Liebreich (R.).** — Cysticercus im Glaskörper. *Atlas der Ophtalmoskopie*, tabl. VII, fig. 5, p. 18.

192. **Mosler.** — Studien über Pikrinsäure. *Arch. für patholog. Anatomie und Physiologie und für klinische Medicin, Virchow*, p. 386.

193. **Weber (O.).** — Subconjunctivaler Cysticercus. *Verhandlungen des naturhistor. Vereins zu Bonn*, p. 42.

194. — Cysticerques dans le cerveau. *Gaz. des Hôpit.*, p. 511.

Année 1864

195. **Bonhomme.** — Cysticerques multiples chez un Homme de 77 ans. *Gazette hebdomadaire*, Paris, p. 94, et *Mémoires et comptes-rendus Soc. des Sc. méd. de Lyon*, iii, pp. 56-66, 1864.

196. **Delpech.** — De la ladrerie du porc au point de vue de l'hygiène privée et publique. *Annales d'hygiène publique et de Médecine légale,* XXI (2), p. 241.

197. **Graefe.** — Notice sur le Cysticerque. *Graefe's Clinique Opthalm.*, traduit de Meyer, p. 363.

198. **Leven.** — Des kystes cérébraux (hydatiques ou Cysticerques) chez l'Homme. *Comptes-rendus et Mémoires de la Société de Biologie,* t. I, p. 146.

199. **Seidel.** — Hirncysticerken mit Taenia. *Jenasche Zeitschrift*, 1864.

Année 1865

200. — Cysticercus cerebri; vorübergehende Hemiplegie ; Tod. *Ber. der K. K. Krankenanstalt Rudolph-Stiftung in Wien*; (1865) 1866, p. 145.

201. **Becker.** — Cystic. cell. im Auge. *Osterr. Zeitschrift f. prakt. Heilkunde*, t. XI, 46, p. 1046, et *Allgem. Wien. med. Ztg.*. t. XLV, p. 370.

202. **Böhm.** — Ein Fall von Cystic. cellul. subconjunctivalis. *Berliner Klinische Wochenschrift*, Berlin, p. 131.

203. **Damaschino.** — Cysticerque du quatrième ventricule. *Union Médicale*, p. 479. N° du 6 juin.

204. **Delore et Bonhomme.** — Ladrerie de l'homme. *Arch. gén. de méd.*, t. I, p. 355.

205. **Ferber** (Dr à Hamburg). — Verhalten sich die Blasenwuermer in den Muskeln des Menschen vœllig symptombar. *Archiv für pathol. Anat. u. Physiol.* Berlin.

206. **Graefe.** — Cysticercus in der Linsenkapsel. *Berlin. Klin. Wochensch.*, p. 134.

207. **Guardia** (J.-M.). — La ladrerie du porc dans l'antiquité. *Annales d'hygiène*, p. 420.

208. **Jacobson** (J.) **et Recklinghausen** (v.). — Zwei Fälle von intraoculären Cysticerken mit Sektionsbefund. *Arch. f. Ophtalm.*, vol. 11 (2), pp. 147-165.

209. **Klebs** (à Berlin). — Zur Pathologie der epidemischen Meningitis. *Arch. für pathol. Anat. und Physiol.*, Berlin, p. 367.

210. **Küchenmeister.** — Uber die Cysticerken des Gehirns. *Oesterr. Zetschr. für praktische Heilk. Wien*, vol. XI (1865) et vol. XII (1866), nombreux articles.

211. **Mackenzie.** — Cysticerque de l'orbite. Traité pratique des maladies de l'œil, 4e édition, traduit par Warlomont et Testelin. Supplément, Paris, 1865, p. 163 et p. 563.

212. **Onimus.** — Cysticerque chez l'Homme. Mort. *Gazette des Hôp.*, n° du 20 mai, p. 237.

213. **Paulet**. — Des Cysticerques chez l'Homme. *Gazette des Hôpitaux*, n° du 3 juin, p. 257.

214. **Rohde**. — Cysticercus cellulosae subconjonctiv. *Berlin. Klin. Wochenschrift*, n° 13, p. 131.

215. **Westphal (C.)**. — Cysticercen des Gehirns und Rückenmarks. *Berl. Klin. Wochenschr.*, n° 43, p. 425.

Année 1866

217. **Bänziger**. — Cysticercus des Glaskörpers. *Arch. f. Ophthalmologie*, vol. 12 (2), p. 190.

218. **Berliner (Ad.)**. — De cysticerco oculi. *Thèse*, Vratisl. 1866, 23 pp. in-8°.

219. **Graefe (v.)**. — Bemerkungen über Cysticercus. *Arch. f. Opthalmologie*, t. 12 (2), p. 174.

220. **Graefe (v.)**. — Cysticercus in der orbita. *Arch. f. Opthalm.*, t. XII (2), p. 194, et *Clinique opthalm.* Paris.

221. **Graefe (V.)**. — Ein Fall von Cysticercus in der Linse. *Arch. f. Ophthal.*, t. XII (2), p. 191.

222. **Kiemann**.— Cystic. in ventriculo cerebri laterali sinistro (respective dextro) cum hydrocephalo chronico, encephalitide centrali cum haemorrhagia. *Ber. d. k. k. Krankenanst. Rudolph-Stiftung in Wien*, (1886), 1867, pp. 184, 232.

223. **Teale (Prid.)**. — Cysticercus im the vitreous humour. *Ophthalmic. hospital Reports*, vol. 5, p. 318.

224. **Teale (Pridgin)**. — Cysticercus on the iris. *Ophthalm. Hosp. Rep.* vol. V, p. 320.

225. **Voigtel**. — Cysticerci cellulosae des Gehirns. *Berliner klinische Wochenschr*,, p. 222.

226. **Wagner (R.)**. — Ueber das Vorkommen von Cysticerken bei Geisteskranken. *Thèse*. Jena, 1866, 22 pp. in-8°.

Année 1867

227. **Arlt (F. v.)**. — Cysticercus im Auge durch Operation entfernt. *Wien. med. Wochenschr.*, t. XVII (55), p. 872.

228. **Arndt (A.)**. — Cysticercen in der Schädelhöhle. *Allgemeine Zeitschr. für Psychiatrie*, vol. 24, p. 752.

229. **Becker (Otto)**. — Cysticercus im Auge. *Wien. med. Wochenschr.*, vol. 17, p. 889.

230. **Graefe (v.)**. — Voir *Sitzungsberichte der Berl. med. Ges.* (Séance du 1er Avril).

231. **Harley** (J.). — Description of a cystic. of the brain. *Proc. Roy. M. & Chir. Soc.*, London 1867, t. V, p. 287.

232. **Jacobi.** — Essai sur les Cyst. de Ténias qu'on observe dans le cerveau de l'Homme. *Thèse* de Viry, Strasbourg, 1867 (V. n° 239).

233. **Klob** (J.). — Cystic. cellulosae im Gehirn. *Wien. med. Wochenschr.*, 1867, t. XVII, pp. 115 et 129.

234. **Koller.** — Cysticercus subconj. *Bericht der k. k. Krankenanstalt Rudolfsstiftung*, p. 328.

235. **Krüger.** — Cysticercus cell. in der vorderen Kammer. *Klin. Mon.-Bl. f. Augenheilkunde*, t. V, p. 59.

236. **Lombroso** (C.).— Mania epilettica con cisticerchi nel cervello e nel rene. *Riv. clin. di Bologna*, t. VI, pp. 232 à 234.

237. **Merkel** (Gottlieb). — Freier Cystic. im Aditus ad infundibulum ; Hydrocephus internus ; plötzlicher Tod. *Deutsch. Arch. f. klin. Medicin*, p. 297.

238. **Merkel** (G.). — Ein Fall von Cysticercus im Kleinhirn. *Deutsches Archiv für klinische Medizin*. Leipzig, p. 294.

239. **Viry.** — Essai sur les Cystic. de Ténias qu'on observe dans le cerveau de l'homme. *Thèse*. Strasbourg, 1867.

Année 1868

240 **Graefe** (v.). — Uber anderweitige Anwendung des peripherischen Linearschnittes. *Arch. f. Ophthalm.*, vol. 14 (3), p. 143.

241. **Graefe** (v.). — Ueber Cysticerken in den tieferen Teilen des Auges. *Berlin. klin. Wochenschr.*, n° 20, p. 218.

242. **Küchenmeister.**—Uber die Cysticerken des Hirns und ihr Verhältnis zu Lähmungen, Epilepsie und Geisteskrankheiten. *Osterr. Zeitschr. f. prakt. Heilkunde.*

243. **Landsberg** (M). — Cysticercus im Glaskörper eines erblindeten Auges. *Abhandl. d. Naturforscher Ges. zu Görlitz*, XIII.

244. **Mauthner** (O.) et **Becker.** — Lehrbuch der Ophthalmoskopie. Wien, p. 461 (3 cas).

245. **Neeclon.** — Cysticercus im Glaskörper. *Zeitschr. für. Med., Chir. und Geburtsh*, vol. 7 (2), p. 398.

246. **Uhle et Wagner.** — Notiz über Cysticercus der Leber. *Allg. Pathologie*, 4 ed., p. 136.

247. **Wecker** (L.). — *Traité des maladies des yeux*, t. I (p. 173 et 786) et t. II. (p. 295).

248. **Wendt** (Dr.). — Fall von Cysticerken im Gehirn. *Allgem. Zeitschr. für Psychiatrie*. Berlin, vol. 25, p. 274.

Année 1869

249. **Anger.** — Cystic. de la paume de la main. *Union médic.*, 27 mai, p. 801.

250. **Bradley.** — Case of larval tapeworms in the human brain. *Med. Times and Gaz.*, t. 1, p. 87.

251. **Gradenigo.** — Cystic. de l'œil. *Giornale d'oftalm. italiano*, fasc. 2.

252. **Hirschberg.** — Anatomische Untersuchung eines Augapfels mit subretinalem Cysticercus. *Archiv für patholog. Anat. und Physiol.*, t. 45, pp. 509 à 513.

253. **Jaeger (E. v.).** — Ophthalmoscopischer Handatlas, pl. XVIII, fig. 83.

254. **Lebail.** — Ténia Solium. *Thèse.* Paris, 1869.

255. **Paulicki.** — Cysticerci cerebri. Thrombose der Art. pulmonalis. Steine im Ductus choledochus. *Wiener medizin. Presse*, p. 706.

256. **Roger (H.).** — Hydatidengeschwulst im Gehirne, Meningitis und Tod. *Journal für Kinderkrankheiten*, vol. 53, p. 367.

257. **Straeffield (J.).** — Cysticerque sous la conjonctive et Cysticerque logé derrière la paupière supérieure. *Ophtalmic Hospital Reports*, t. 6, p. 289, et *Ann. d'ocul.*, t. 68, p. 219.

Année 1870

258. **Andrew (J.).** — Cysticercus in the fourth ventricle. *Transactions of the Pathological Society of London*, vol. 21, p. 4.

259. **Anger.** — Allesperger Cysticercus in palma manus. *Abeille médicale* (*Zeitschrift fuer Parasitenkunde*, p. 91).

260. **Cornillon.** — Attaques épileptiformes occasionnées par la présence de Cysticerques dans le cerveau. *Annales médico-psycholog.* t. 3, p. 312.

262. **Hirschberg.** – Cysticercus im unteren Lide. *Berlin. klin. Wochenschr.*, p. 542.

263. **Hirschberg.** — Ueber Fremdbildungen im Auge. *Berl. klin. Wochenschr.*, n° 10, p. 122, et *Wien. med. Rundschau* (livr. de mars).

264. **Hirschberg. (J.).** — Ueber Cysticercus intraocularis. *Arch. f. Augen-und Ohrenheilkunde*, vol. 1 (2), pp. 138-143.

265. **Hirschberg.** — Cysticercus unter der Netzhaut. Bericht über seine Augenklinik 1870. *Berl. klin. Wochenschr.*, n° 45, p. 542.

266. **Jaccoud.** — Tumeurs parasitaires de l'encéphale. — Cysticerques. *Nouveau Diction. de Médecine et de Chirurgie pratique*, vol. 13, Paris, pp. 163, 186, 403.

267. **Liebreich.** — Cystic. dans le corps vitré. *Atlas d'ophtalmoscopie*, p. 14.

268. **Luton** (Al.). — Entozoaire (Pathologie). *Nouveau Diction. de médecine et de chirurgie pratique*, vol. 13, p. 378.

269. **Marini.** — Cysticerco nel vitreo. *Giorn. d'oftalm. ital.*, p. 147.

270. **Saemisch.** — Sektionsbefund eines Auges mit intraocularem Cysticercus. *Klin. Mon.-Bl. f. Augenheilkunde*, vol. 8, pp. 170 à 173.

271. **Wecker** (L. de) et **Jaeger** (E. de). — Traité des maladies du fond de l'œil et atlas d'ophthalmoscopie. Paris et Vienne, 1870.

Année 1871

272. **Clémenceaux.** — Entozoaires du cerveau humain. *Thèse*. Paris, 1871, p. 221.

273. **Graefe.** — Sur l'extraction du Cysticerque du fond de l'œil. *Verhandl. Berlin. Medicin. Gesellsch.* Berlin, 1871, p. 95.

274. **Hischberg** (J.). — Cysticercus intraocularis. *Arch. f. Augen-und Ohrenheilk.*, vol. 2 (1), pp. 227-239, avec illustrations.

275. **Horner** (F.). — Cysticercus der Orbita. *Klin. Mon.-Bl. f. Augenheilk.*, vol. 9, pp. 31-34.

276. **Logetschnikow** (L.). — Fall von Cysticercus subretinalis. *Sitzungsbericht d. phys.-med. Ges. in Moskau* (en russe).

277. **Sichel** et **Gros**. — Observation de Cysticerque du tissu cellulaire de la région du sourcil. *Gazette des Hôpitaux*, Paris, 5 octobre, p. 469.

Année 1872

278. **Bècoulet** et **Giraud**. — Note sur le Cysticerque du cerveau. *Annales médico-physiologiques*, novembre, 7-8. p. 387.

279. **Ewers.** — Cysticercus, in der vorderen Kammer, II, Jahresbericht, pp. 7 à 11.

279bis. **Frankenhäuser.** — *Zeitschrift für Epidem.* 1872, p. 154.

280. **Gibbs** (R.-W.). — Cysticercus im Herz und Muskeln. *Transac. South Carolin. med. association*. 1872, p. 86.

281. **Giraud-Teulon.** — Cysticerque logé entre la choroïde et la rétine. *Gazette des Hôpitaux*, 2, p. 12, Terrin, Thèse de Montpellier, p. 26.

282. **Hirschberg** (J.) — Zwei Fälle von Extraktion des Cysticercus aus dem menschl. Auge. *Virchow's Arch.*, t. 54, p. 276, et *Berliner Klinische Wochenschrift*, p. 19.

283. **Lancereaux** (E.). — Sur la ladrerie chez l'Homme. *Arch. génér. de médecine*, t. 20, p. 543.

284. **Schrœder** (C.). — Cysticercus corporis vitrei. *Erster Bericht über die Augenklinik im Nerothal*, pp. 19-20.

285. **Sichel fils** (A.). — Note sur un cas de Cysticerque ladrique intra-oculaire. Extraction de l'entozoaire intact et vivant hors de la cavité du corps vitré. *Gaz. hebdom. de méd.*, nº 2, pp. 21-25, et *Gaz. des Hôp.*, p. 386.

Année 1873

286. **Brière**. — Note sur un cas de Cysticerque ladrique sous-conjonctivale. Extraction. Obs. rec. à la clinique du Dr Sichel fils. *Gaz. des hôp.* pp. 658, 689 et *Ann. d'ocul.*, t. 70, pp. 204-207.

287. **Carreras y Arago**. — Intraocularer cysticercus. *Ber. üb. d. ophthalm. Kongress in London*, 1-3 août 1872. Compte-rendu pp. 59, 67.

288. **Del Toro**. — Cisticerco celluloso del cuerpo vitreo ; extrabismo optico. *La Cronica oftalm.*, pp. 106-109.

289. **Jaccoud (S.)**. — Entozoaires de l'encéphale. *Clinique médicale de Lariboisière*. Paris, 1873, p. 601.

290. **Kosminski**. — Cysticercus im corp. vitr. *Medycyna*, t. I, p. 12.

291. **Mader**. — Cystic. du 3e ventricule cérébral ; hydroceph. chronique ; mort. *Ber. d. Krankenanst. Rudolph.*, p. 216.

292. **Meschede**. — Cysticerken in der Corticalsubstanz des grossen Gehirns ohne Hirnsymptome. *Deutsche klinische Zeitung*, vol. XXV, p. 295, et *Centralblatt f. die medic. Wissensch.*, t. 11, p. 893.

293. **Mooren**. — Voir *Opthalmologische Mitteilungen*, p. 23 et p. 68.

294. **Schlott**. — Cysticerken im Gehirn. *Deutsche milit. ärzl. Zeitschrift*. Berlin, 11, 384.

295. **Ulrich**. — Fall von zahlreichen Cysticercen im Gehirn und unter der Haut. *Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie*, Berlin, 1873, vol. 29, p. 360.

Année 1874

296. **Burkhardt**. — Cysticercus im Gehirn. *Archiv für Psych.*, t. VI, p. 482.

297. **Giordani (I.)**. — Un caso di Cisticerchi nel cervello. *Imparziale*, Firenze, vol XIV, p. 260.

298. **Heller**. — Cysticercus cellulosae. *Handbuch der specielen Pathol. und Therapie*, vol. 3, p. 331 et 2me édition, 1876, pp. 360 à 367.

299. **Heller**. — *Handbuch der chronischen Infectionskrankheiten*, Leipzig, 1874, p. 331.

300. **Hirschler**. — Cysticercus subconjunct. *Szémészet*, n° 3.

301. **Hock**. — Fall von Cystic. cell. unter der Bindehaut des Augapfels. *Mitteil. des ärztl. Vereins zu Wien*, vol. 3, n° 6, p. 93.

302. **Lemoine (Jules)**. — Des parasites de l'appareil de la vision. Paris, Delahaye, 1874.

303. **Scheuthauer**. — Cysticerque dans le cerveau d'un enfant. *Pester med. chir. Presse*, n° 23, p. 405.

304. **Leudet**. — Cysticerken. *Schmidts Jahrbücher der gesammten Medicin*, t. CLXIII, p. 217.

305. **Müller** (Karl). — Statistik der menschl. Entozoen (*Thèse*). Erlangen 1874.

306. **Oberlænder** (F.). — Ein Fall von Cysticercus cellulosae im Mesenterium des Meschen. *Thèse*. Greifswald, 1874, 20 pp. in-8°, avec pl.

307. **Poncet** (M.). — Note sur un cas de Cysticerque de l'œil logé entre la choroïde et la rétine. *Gaz. méd. de Paris*, n° 10, p. 124.

308. **Reynolds**. — Cysticercus in the pupillary edge of the iris. *The American Practitioner*, Juin, p. 336.

309. **Rocafult**. — Cysticerque celluleux dans le corps vitré. *Ann. d'ocul.*, p. 186.

Année 1875

310. **Castella**. — Lésion de l'artère fessière et Cysticerque du cerveau dans un cas de médecine légale. *Bulletin Soc. médicale de la Suisse romande*, n°s 6 et 7, p. 198.

311. **Cobbold** (T. Spencer). — Hydatid disease as illustrated by specimens contained in the pathological museums of the metropolis, and in others elsewhere. *Brit. med. Journ.* Lond., t. II, p. 519 et passim, 1875, et t. I, p. 67, 1876.

311bis. A lecture on hydatid disease. *The Lancet*. Lond., t. I, p. 850.

312. **Desmarres** (père). — Note sur un cas de Cysticerque vivant observé dans le corps vitré d'un jeune homme de 22 ans. *Gazette des Hôpitaux*, n° 33, p. 257, et *Bulletin de l'Académie de Médecine*, n° 11, p. 291.

313. **Fredet**. — Cysticerque de la protubérance annulaire chez un jeune homme de 22 ans; mort subite; autopsie. *Centralblatt für medicinische Wissenschaften*, n° 54, p. 944, et *Gazette des Hôpitaux*, p. 1154.

314. **Giacomini**. — Sul Cysticercus cellulosae hominis e sulla Tænia mediocanellata contributo allo studio dei cestoidi parassiti dell' uomo. *Centralblatt für medicin. Wissensch.*, n° 39, p. 665.

315. **Gonzales** (E.). — Cisticerchi nel cervello di un alienato per demenza paralitica progressiva. *Gaz. med. ital. lomb.* Milano, t. 35, pp. 17 à 20.

316. **Herrmann**. — Einige Fälle von Cysticercus cellulosae im Hirn. *St-Petersb. med. Zeitschr.*, t. V, p. 275.

317. **Ihle** (Richard). — Ein Fall von Cysticercus cellulosae subretinalis. *Thèse*. Königsberg, 1875, 32 p. in-8°.

318. **Lancereaux**. — Cystic. ladrique et ladrerie. *Anatomie patholog.*, vol. I, p. 711.

319. **Machiavelli** (P.). — Cisticerchi multipli annidati in una anfrattuosità del cervello, ed esistenti fra la pia-meninge e la aracnoide. *Gazz. med. ital. lomb.*, Milano, 1875, 7e s., II, 91, et *Giorn. di medicin milit. Anal in la Clinica*, 30 avril 1875.

320. **Mader.** — Cysticerque du troisième ventricule cérébral ; hydrocéphalie chronique; mort. *Centralbl. f. d. medicin. Wissensch.*, n° 25, p. 416.

321. **Maklàkoff.** — Ein Fall von Cysticercus im Auge. *Ann. d. chirurg. Ges. in Moskau*, p. 485.

322. **Maschka.** — Ein Fall von Cysticercus an der Hirnbasis. *Aerztl. Cor.-Bl. f. Böhmen, Prag*, t. III, p. 153.

323. **Pietra Santa (de).** — Le Taenia. *Journal d'Hygiène*, t. 1, p. 234.

323bis. **Paulicki.** — Cysticercus im Gehirn und in den Muskeln des Menschen. *Charit. Annal.* 1875 (1877). Berlin, p. 624.

324. **Sée (G.).** — Méningite due à la présence d'un Cysticerque dans le cerveau. *Paris méd.*, 1875-1876, I, 168-171.

325. **Sevestre (A.).** — Cysticerque de l'encéphale. *Bull. de la Soc. Anat.*, t. 20, pp. 847 et 852.

326. **Talko (J.).** — Cysticercus subconjunctivalis. *Klin. Mon.-Bl. f. Augenhlkde*, XIII, p. 299-303.

327. **Wendt (Allenberg).** — Cysticerken als Folgen der Psychose. *Allgem. Zeitschr. f. Psych.*, n°s 25 et 31, p. 401.

Année 1876

328. **Boese.** — Cysticercus. *Soc. de médecine de Vienne*, n° 25. févr.

329. **Boyron.** — Etude sur la ladrerie chez l'Homme, comparée à cette affection chez le Porc. *Thèse.* Paris, 1876, 80 pp. in-8°.

330. **Broca.** — Sur un cas de Cysticerques multiples chez l'Homme. *Société de Chirurgie* du 23 (ou 26) févr., p. 185, et *Gazette hebdom.*, p. 170.

331. **Chiari.** — Demonstration einiger Präparate, mit einem Falle von massenhafter Cysticercus. *Wien. medic. Presse*, n° 13, p. 434.

332. **Dufour.** — Cysticerque du corps vitré de l'œil. *Bull. Soc. Méd. Suisse romande*, p. 151.

333. **Hirschberg.** — Einige Beobachtungen über Cysticercus cell. im Augengrunde. *Archiv für Ophthalmol.*, p. 126.

334. **Horner.** — Cysticercus im Glaskörper. *Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte*. Bâle, p. 540.

335. **Jany.** — Cysticercus subretinalis in einem enucleierten Auge. *Wien. med. Presse*, vol. 17 (1). p. 14.

336. **Kipp (Charles).** — A case of subconjunctival Cysticercus. *Report of the fifth internat. Ophth. Congress*, pp. 250, 251).

337. **Mazzotti (L.).** — Caso di numerosi Cisticerchi del cervello e delle meningi. *Riv. clin. di Bologna*, 2e s., VI, pp. 112 à 114 et *Osservatore med. Palermo*, 3e s., t. VI, pp. 242 à 247.

338. **Smith (R.-S.).** — Cysticercus cellulosae found in the lateral ventricle of the brain. *Tr. Bristol Med.-Chir. Soc.*, t. I, pp. 68-70, avec 1 pl.

339 Sommer (Ed.). — Cysticerkus im Muskel und Unterhaut-Zellgewebe (*Thèse*). Jena, 1876, 38 pp. in-8°.

340. Van der Laan. — Cysticercus im Auge. *Gazeta med. de Lisboa*, n° 23.

Année 1877

341. Berger. - Fall von Cystiscercus in beiden Augen. München, 1877.

342. Berger (Alb.-Maria). — Cysticercus im Auge. *Klin. Mon-Bl. f. Augenheilk.*, t. 15, p. 257-261.

343. Birch-Hirschfeld. — Blasenbandwürmer (Cysticae). Voir Lehrbuch der pathologischen Anatomie. Leipzig, 1877.

344. Boese. — Cysticercus cellulosae des Gehirns. *Berlin. klin. Wochenschr.*, n° 25, p. 364.

345. Chiari. — Ein Fall von massenhafter Cysticercusentwicklung. *Berlin. klinische Wochenschr.*, p. 425.

346. Crinon. — De la ladrerie chez l'homme et chez les animaux. *Répertoire de Pharmacie*, p. 680.

347. Davaine. — Traité des entozoaires et des maladies vermineuses de l'Homme et des animaux domestiques, p. 676.

348. Davy (Richard). — Cystic. multiples des muscles dégénérés. *Gaz. hebdom.*, p 18.

349. Dressel (J.). — Zur Statistik des Cysticerkus cellulosae (*Thèse*). Berlin, 1877.

350. Fuchs (E.). — Cysticercus subconjunctivalis. *Klin. Mon -Bl. f. Augenheilk.*, t. XV, p. 396.

351. Guttmann (Paul). — Ueber Hautcysticerken. *Berlin. klin. Wochenschr.*, p. 374.

352. Higgens (Ch.). — Clinical remarks of tumours in the orbit. *Transact. of the clinic. soc.*, X, p. 9, et *British medic. journ.*, p. 800.

353. Kornfeld. — Cysticerque comme cause d'épilepsie. *Deutsch. Zeitscrh. f. Thiermed. und. vergleich. Patholog.*, t. III, pp. 1 à 2.

354. Lewin. — Ueber Cystic. cellul. und sein Vorkommen in der Haut des Menschen. *Charité Annalen*, t. II, p. 609, et *Berliner klinische Wochenschr.*, p. 161.

356. Lewin. — Epilepsie causée par des Cysticerques et diagnostiquée grâce à la présence de tumeurs semblables accessibles à la vue *Berlin. klinische Wochenschr.*, p. 575 et *Soc. Méd. Berlin*, 21 mars 1877.

357. Mazzotti. — Un cas de Cystic. du cerveau. *Archiv. Ital.* 1877.

358. Perroncito (Ed.). — Della grandine o panicatura etc. *Annal. Academ. d'Agricolt.* Vol. 19 et tirage à part.

359. Rendu (J.). — Voir *Lyon médical*, 1877, vol. 25, p. 474.

360. Redon. — Expériences sur le développement rubanaire du cysti-

cerque de l'Homme. *Comptes rendus*, t. 85 et *Gaz. hebdomad. de médec. et de chirurgie*, p. 668.

360bis. **Rudolphi.** — Cysticerques chez l'Homme. *Traité des entoozaires de Davaine*, 1877, et *Entozoorum Synopsis*, p. 546.

361. **Robin.** — Expériences sur le développ. rubanaire du Cyst. de l'homme. *Ann. des Sciences natur. Zool.*, p. 233.

361bis. **De Vincentiis.** — Riesenzellen bei subconj. sitzenden Entozoen. *Movimento Med. Chir. Napoli.*

362. **Virchow.** — Entozoen. *Charité Annalen*, Berlin, p. 803.

363. **Weiss.** — Uber die Tuberkulose des Auges. *Arch. f. Ophthalm.*, t. XXIII, livre 4, p. 76.

Année 1878

364. **Battistini** (A.). — Sopra un caso di Cisticercus cellul. hominis. *Gazz. med. di Roma*, t. IV, p. 193.

365. **Becker** (O.). — Atlas der patholog. Topographie des Auges, Wien, vol. 3.

366. **Bouchut.** — Traité des maladies des nouveau-nés, des enfants à la mamelle et de la seconde enfance. (Hydatides et Cystic. du cerveau). 7e édit. Paris, 1878, p. 251.

367. **Carreras y Arago.** — Clinica ofthalmologica. Barcelona, 1878, p. 209.

368. **Cohn** (H.). — Cysticercus unter der Retina. Extraktion mit Erhaltung des Sehvermögens. *Deutsche Zeitschr. f. prakt. Med.*, t. XXXII, p. 380, et *Centralbl. f. pratk. Augenhk.*, t. II, p. 145.

369. **Eliasberg** (S. Sergius). — Uber die operative Behandlung des intraocularen Cysticercus cellulosae. *Thèse.* Berlin, 1878, 43 pp. in-8°.

370. **Goldzieher** (W.). — Cysticercus cellulosae im corpus vitreum. *Pester med. chir. Presse*, t. XIV, nos 29 et 30.

371. **Graefe** (Alf.). — Uber die Entbindung von Cysticerken aus den tiefen und tiefsten Teilen des Bulbus mittelst meridionalen Scleralschnittes. *Arch. f Ophthalm.*, t. 24 (1), p. 209-232.

372. **Graefe** (Alf.). — Weitere Bemerkungen über die Extraktion von Cysticerken. *Arch. f. Ophthalm.*, t. 14 (3), p. 267-273.

373. **Heimpel.** — Fall eines 22 j. Ulans, solitärer Cysticercus in der Gegend der 9. Rippe. *Bayer. ärztl. Intelligenz blatt*, n° 12.

374. **Holler** (A). — Cysticercus cellulosae im Gehirne einer Geisteskranken. *Allg. Wien. med. Ztg.* XXIII, 40, 50, 58.

375. **Kries** (N. v.). — Cysticercus in der vorderen Augenkammer. *Arch. f. Ophthalm.*, t. 24 (1), p. 148.

376. **Kries** (N. v.). — Extraktion eines subretinalen Cysticercus. *Arch. f. Ophthalm.*, t. 24 (1), p. 151 et p. 153.

377. **Landolt.** — Extraction d'un Cysticerque de l'intérieur de l'œil. *Société de Chirurgie.*

378. **Leber** (Th.). — Jugendlicher Cysticercus im Glaskörper. *Bericht über die XI. Vers. d. Ophth. Ges. Heidelberg*, p. 186.

379. **Mader.** — Cysticercus im 4. Ventrikel ; Hydrocephalus chron. ; Tod. *Ber. d. k. k. Krankenanst. Rudolph Stiftung in Wien* (1878), 1879, p. 325.

380. **Narkiewicz-Jodko.** — VII. Jahresbericht aus dem ophthalm. Institut in Warschau f. das Jahr 1877 (?). *Gazeta Lekarska.*

381. **Pallak** (J.). — Cysticercus in dem Gehirn und dem Auge. *Wien. med. Presse*, p. 1480.

382. **Rendu** (J.). — Observation de ladrerie généralisée chez l'homme. *Mém. et Comptes-rendus Soc. de méd.* Lyon, t. XVII, 1878.

383. **Schöler.** — Ein Beitrag zur Neurotomica optico-ciliaris. *Berlin. klin. Wochenschr.* n° 45, p. 663.

384. **Schütz.** — Cysticercus im Hirn und Muskeln eines epilept. Irren. *Prager med. Wochenschr.*, n° 16.

385. **Schumann.** — Demonstration eines in der linken Augenkammer befindlichen, lebhaft sich bewegenden, Cysticercus. *Ber. d. Gesellsch. f. Natur-und Heilkunde.* Dresden. 30 mars 1878.

386. **Smoler** (M.).— Ein Fall von Cysticerken im Gehirn. *Memorabelien. Monatshefte für rationelle praktische Aerzte. Heilbronn*, p. 97.

387. **Vignes.** — D'un ophthalmozoaire occupant l'humeur vitrée. Opération et guérison. *Progrès méd.*, n° 9, et *Gazette des Hôpitaux*, n° 31.

Année 1879

388. **Baillarger.** – Cystic. cerveau. *Annal. méd. psych.*, 6e série, t. II.

389. **Batsch** (John). — Ueber Cysticerken im menschlichen Körper. *Thèse* Würzburg, 1879, 58 pp. in-8°.

390. **Becker** (O.). — Fall von Cysticercus in der Gegend des hinteren Augenpols. Extraktion. *Arch. f. Augenhkde.* t. VIII, p. 118.

391. **Cobbold** (T. Spencer). — Parasites : a treatise on the Entozoa of man and animals, including some account of the ectozoa. London, 1879.

392. **Da Fonseca** (F.C.). — Cysticercus unter der Netzhaut. *Period. de ophthalm. Pract.* nos 1, 2, 3, et *Centralbl. f. prakt. Augenheilkde*, 1878, p. 48 et 1879, p. 366.

393. **Dolan** (T. M.). — Disease caused by Cysticerci in brain mistaken during life for hydrophobia. *Practitioner*, Lond. 1879, XXIII, 34 à 36.

394. **Féreol.** — Ladrerie généralisée chez un homme ayant rendu un Taenia. *Union médicale*, 1879, n° 78.

395. **Fieuzal.** — Contribution à l'étude des entozoaires sous-conjonctivaux. *Gaz. hebdomad. de Méd. et Chir.*, n° 37.

396. **Fischer** (C.). — Cysticercus cellulosae mit hühnereigrossem Absces im. musc. biceps. *Berliner Klinische Wochenschrift*, 1879, p. 730, n° 49.

397. **Frank** (E.). — Ein Fall von Cysticerken im Herzen und Gehirne. *Allg. Wien. med. Ztg.* 1879, XXIV, 376.

398. **Guttmann.** — Cysticercus der Haut. *Berlin. Klin. Wochenschr.*, p. 279.

399. **Grasset** (J.). — Cysticerques du cerveau; neuf kystes, tous situés en dehors de la zone motrice. Aucun symptôme moteur. *Montpellier médical*, t. XLII, p. 453.

400. **Grassi** (B.)— Intorno a speciali corpuscoli (psorospermi) dell' uomo. *R. Ist. Lomb. di sc. et lett. Rendic.* Milan, t. XII, pp. 632 à 637.

401. **Hadlich.** — Cysticercus des Gehirns bei einem Paralytiker. *Berlin. klin. Wochenschr.*, p. 245.

402. **Hirschberg.** — Cysticercus cellulosae. *Centralbl. f. prak. Augenheilk.*, p. 173.

403. **Huber** (J.-Ch.). — Uber die Verbreitung der Cestoden in Schwaben. *Arztl. Intelligenzbl.*, n° 27.

404. **Machiavelli** (P). — Cisticerchi nel cervello. *Gazz. med. ital. lomb.* Milano, 1879, 8e s., t. 1, p. 253.

405. **Marchand** (Dr Félix). — Ein Fall von sogenannten Cysticerkus racemosus des Gehirns. *Archiv für patholog. Anat.*, pp. 104 à 112.

406. **Medin** (O). — Ett fall af Cysticercus cellulosae cerebri. *Hygiea*, Stockholm, 1879, XLI, 359 à 370.

407. **Mégnin.** — Origine des Ténias inermes. *Journal d'Hygiène*, t. 4, p. 224.

408. **Mégnin** (Pierre). — Nouvelles observations sur le développement et les métamorphoses des Ténias des mammifères. *Journal d'anatomie et de physiologie*, p. 225.

409. **Perls** (M.). — Lehrbuch der allgemeinen Aetiologie. Stuttgard, 1879.

410. **Pick.** — Cysticercus der Hirnbasis. *Prag. Med. Wochenschr.*, n° 19.

411. **Pokrowsky.** — Ein Fall von Cysticercus im Auge (en russe). *Kaukas. med. Ges.*, n° 7.

412. **Schaffrath.** — Uber die Cysticerken-Invasion beim Menschen. (Thèse). Kiel, 1879, 24 pp. in-4°, avec planches.

413. **Schiff** (E.). — Ein Fall von Cysticercus cellulosae cutaneous. *Vierteljahresschr. für Dermatologie und Syphilis*, p. 275.

414. **Schumann** (A.). — Demonstration eines in der linken Augenkammer befindlichen lebhaft sich bewegenden Cysticercus. *Ber. d. Gesellschaft f. Natur- u. Heilkunde zu Dresden.* Séance de mars 1878, Leipzig, 1879.

415. **Turnbull** (C.S.). — On cysticercus cellulosae. *Tr. M. Soc. Penn., Philadelphie* 1879, t. 12 (2), pp. 674 à 681.

416. **Vogler** (E.) et **Hirschberg**. — Ein Fall von Cysticercus intraocularis. *Arch. f. Augenheilkde*, t. 9 (1), p. 27, avec illustr.

417. **Virchow**. — Organozoen. *Charité Annalen in Berlin*, 1879, 6e année, Berlin (1881), p. 685.

Année 1880

418. **Duguet**. — Ladrerie chez l'Homme. Guérison spontanée. *Société des hôpitaux*, 13 février, et *Union médicale*, p. 672.

419. **Hirschberg**. — Der Cysticercus in Auge (traduit de l'allemand par le Dr Van Duyse). *Ann. Soc. de Méd. de Gand*, t. 58, p. 147 et *Eulenburg's Realencyklopedie*.

420. **Moniez** (R.). — Essai monographique sur les Cysticerques. Paris, 1880.

421. **Pellot**. — De la ladrerie chez l'Homme. (*Thèse*). Paris, 1880.

422. **Przybylsky** (J.). — Cysticercus subconjunctivalis. *Gazeta lekarska*, t. 23, p. 245.

423. **Rampoldi** (R.). — Cisticerco retroretinico, anatomicamente dimostrato alla sezione del bulbo, enucleato per fenomeni glaucomatosi secondari Persenza della taenia solium nello stesso individuo. *Ann. di Ottalm.*, t. 9, p. 264.

424. **Rathery**. — Observation de ladrerie chez l'Homme. *Bulletin et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux*, t. 17, pp. 62 à 68.

425. **Turnbull** (C.-S.). — Case of Cysticercus within the human eye. *Cinc. med. News*, t. 9, p. 73.

426. **Turnbull**. — Rivista d'altri giornali sul Cisticerco celluloso. *Annali di ottalmologia*, t. 9, p. 457.

Année 1881

427. **Baistrocchi** (E.) — Un caso di Cysticercus cellulosæ hominis. *Riv. clin. di Bologna*, 3e s., i, 414-418.

428. **Ballet** et **Lalesgue**. — Cystic. du cerveau. *Progrès médical*, n° 43.

429. **Bouchut**. — Fièvre typhoïde adynamique grave; mort; autopsie : découverte de 30 Cystic. dans le cerveau. *Gaz. des Hôpit.*, 26 fév., p. 189.

430. **Cochez**. — Cysticerques de l'encéphale. *Progrès médic.*, n° 27, p. 522.

431. **Cohn**. — Uber 5 Extractionen von Cysticerken aus dem Augapfel. *Breslauer ärztl. Zeitschrift*, n° 23 et n° 24.

432. **Cornil** et **Ranvier**. — Cysticerques. Parasites des muscles. *Histologie pathologique*, p. 379, t. I.

433. **Flint** (Fr.). — A case of Cysticercus cellulosæ in the ventricles of the brain sudden death. *The Lancet*, t. 1, p. 574.

434. **Hippel.** — Cysticercus im Glaskörper. *Berl. Deuts. opthal. Klinik zu Giessen*, p. 24.

435. **Hofmolk.** — Cysticercus in lingua; Heilung. *Archiv f. Kinderh.* Stuttgart, t. 3, p. 106.

436. **Langer** (L.). — Cysticercus cellulosæ. *Med. Jahrb.* Wien, pp. 482 à 484.

437 **Leber** (Th.) — Über die Wirkung von Fremdkörpern im Innern des Auges. *Transac. of the internat. med. Congress.* London, vol. 3, pp. 15 à 19.

438. **Leuckart** (R.). — Die menschlichen Parasiten und die von ihnen herrührenden Krankheiten. Leipzig und Heidelberg, 1881, 2e edit., vol. 1, 2e liv., 684 à 711.

439. **Marchand.** — Ein Fall von sogenannten « Cysticercus racemosus » des Gehirns. *Virchow's Archiv*, t. 75, p. 104, et *Breslauer Zeitschrift*, n° 5.

440. **Nimier.** — Observation du Cysticerque du corps vitré. *Gazette des hôpitaux*, p. 834.

441. **Salm** (M.). — A new case of cysticercus. *Texas Med. and Surg. Rec.* Glaveston, t. 1, p. 310.

442 **Weiss** (N). — 65 Cysticerques sous-cutanés, etc. *Anzeiger der Wien. ärztl. Gesellsch.*, n° 10.

443. **Zaeslein.** — Über die geographische Verbreitung und Häufigkeit der menchl. Entozoen in der Schweiz. *Correspondenzbl. fur Schweizer Arzte*, t. 11, n° 21.

Année 1882

444. **Albertotti.** — Pinzette zur Extraktion des Cysticercus aus dem Glaskörper. *Gazetta delle cliniche*, Turin, n° 37.

445. **Ampugnani** (C.). — Cysticerchi multipli del cervello e dei muscoli. *Italia med.* Gênes, 2e s., XVI, 385.

446. **Burckhard.** — Zur Abwehr gegen Herrn Prof. Cohn. Breslau, 14 pp.

447. **Cohn.** — Kurze Antwort auf die Broschüre des Herrn Dr Jany: Ueber Einwanderung des Cysticercus ins menschliche Auge. Breslau.

448. **Cohn.** — Entgegnung auf die : Zur Abwehr gegen mich gerichtete Brochüre des Hernn Dr **Burckhard.** Breslau, 16 pp.

449. **Graefe** (Alf.). — Epikritische Bemerkungen über Cysticercus-Operationen und Beschreibung eines Lokalisierungsophltalmoskopes. *Arch. f. ophthalm.*, t. XXVIII (1), p. 187.

450. **Haase** (C. G.). — Ein Fall von Cysticercus cell. im Glaskörper; Extraction desselben; Erhaltung des Auges und des vorhandenen Sehvermögens. *Archiv f. Augenheilkunde*, t. IX (4), p. 396.

451. Jany (L.). — Uber Einwanderung des Cysticercus cellulosae ins menschliche Auge. Eine Entgegnung auf den Vortrag des Herrn Prof. Cohn : « Uber 5 Extraktionen von Cysticerken aus dem Augapfel. » Breslau, Genossenschafts-Druckerei, 23 pp.

452. Kanweki. — Zwei subconj. Cysticerken in einem Auge. *Gaz. lekarska.*

453. Kanweki. — Subretinaler Cysticercus. *Gaz. lekarska.*

453bis. Peschel. — Communicazione sopra un caso de Cisticerco sotto retinale. *Giorn. della R. Accad. di Med. di Torino*, t. 45, nos 10 & 11.

454. Rathery et Sevestre. — Coexistence de Cystic. et d'un ténia armé. *Soc. méd. des hôpit.*, août 1882.

455. Reymond. — Fall von Cysticercus der Retina. *Giorn. della R. Acad. di Med. di Torino*, n° du 14 juillet.

456. Soltmann (O). — Cysticercus multiplex bei einem einjärigen Kinde. *Bresl. Zeitschrift*, n° 20.

457. Troisier. — Un cas de ladrerie chez l'Homme, coïncid. de ténia sol. et de Cystic. *Société médicale des Hôpitaux de Paris*, et *Union méd.* (3).

458. Zenker (von). — Uber den Cysticercus racemosus des Gehirns. Bonn, 1882.

Année 1883

459. Bergonzini (C.). — Caso di Cistercerchi multipli in una donna. *Spallanzani, Modena* 1883, t. XII, pp. 316 à 320).

460. Boström. — Uber Knochencysten. Freiburg, 1883.

461. Bowater. (J. Vernon). — A case of Cysticercus in the eye. *Lancet*, p. 904).

462. Braun (Max). — Diethierischen Parasiten des Menschen. Würzburg, 1883, p. 118.

463. Galezowski. — Cysticerque sous-rétinien. *Recueil d'Ophth.*, p. 211.

464. Guermonprez. — La ladrerie chez l'Homme. *Journal de médecine de Paris*, 1883.

465. Haase. — Cysticercus in der vorderen Kammer. *Deutsch med. Wochenschrift*, n° 46. (*Arztl. Verein in Hamburg*).

466. Hulke (J. W.) — Cysticercus in the vitreous body. *Ophthalm. Soc. of Great Britain*, juillet 1883; et *Transact. of the ophthalm. Soc. of the Unit. Kingd.*, 1883, t. III, p. 33.

467. Jaccoud. — Tumeurs parasitaires. Cysticerques de l'encéphale, dans la *Pathologie interne*, t. I, 1883, pp. 492 et 523.

468. Makrocki. — Drei Fälle von Cyst. cell. subconj. nebst Bemerkungen über den histolog. Bau der Kapsel. *Klin. Mon.-Bl. f. Augenhlkndc*, p. 329.

469. Marchand (E.). — Uber die Bildungsweise der Riesenzellen um Fremdkörper. *Virch. Arch.*, vol. 93.

470. Raum (J.). — Beiträge zur Entwickelungsgeschichte der Cysticercen. *Thèse*, Dorpat, 1883, in-8°.

471. Sinclair (J.-C.).— Remarks on a case of Cysticercus in the vitreous *Brit. med. Jour.*, t. 2, p. 7.

472. Souquières. — Un cas de Cysticerque dans le corps vitré. *Lyon médical* du 14 nov.

473. Trasbot. — Cysticercus cellulosae in a Dog. *The Brit. med. jour.*, t. 11, p. 761.

474. Wecker (de) et Landolt. — Traité d'ophthalmologie, 1883 à 1886, p. 581.

475. Zadek. — Cystic. racemeux sans tête dans le 4me ventricule. *Berl. Klin. Wochenschr.*, p. 762, 1883.

Année 1884

476. Bernard (D.). — Note sur un cas de Cysticerques celluleux de l'encéphale. *Arch. der Neurolog.*, t. VII, p. 218.

478. Brown. — Étude dans le *Brit. med. Assoc. Belfast*, 29 juillet au 1er août, et *Brit. med. journ.*, n° du 27 août.

479. Czapodi (St.). — Cysticercus elso esete az uvegestben magyarbrzzeigon. (En magyar). *Szemészet*, t. IV, p. 80. (La première observation du Cyst. dans le corps vitré, faite en Hongrie) et *Pester med.-chir. Presse*, p. 865.

480. Geber. — Cystic. cellul. cutis, der Blasenwurm. Schweinefinne der Haut dans le *Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie* von Ziemssen 1884, vol. 14, livr. 2, p. 399.

481. Germelmann (A.). — Beiträge zur Operation von Cysticerken im Auge. *Thèse*. Göttingen, 1884, 42 pp. in-8°.

482. Hannover (Adolphe). — Quelques remarques sur le Cysticercus cellulosae dans le cerveau de l'homme. *Congrès périodique international des sciences médicales*, Copenhague, t. I : Section de pathologie générale et d'anatomie patholog., p. 88.

483. Hebold (Otto). — Uber ein Cysticercus der Pia spinalis. *Archiv f. Psychiatrie*, t. XV, p. 813.

484. Manfredi (N.). — Un caso di cisticerco sotto-conjunctivale ed annotazioni istologiche sulla retina citi aventizia. *Atti della R. Acc. di Med. di Torino*.

485. Manz. — Ein Fall von Cysticercus subretinalis. *Arch. f. Augenheilk.*, t. XIII, p. 200-207.

486. Manz (W.). — Zwei Fälle von Cysticercus ocularis. *Archiv. f. Augenheilk.*, t. XIII, p. 198.

487. Minor (James L.). — A case of Cysticercus in the vitreous. *New-York med. Record*, t. XXVI, 26 déc.

488. **Pilgrim** (Carl). — Zwei Fälle von Vorkommen des Cysticercus cellulosae im Auge. *Thèse,* München (1884), 19 pp. in-8°.

489. **Schulek.** — Cysticer. cell. im Glaskörper. *Wien. med. Wochenschrift,* n° 29 (Ges d. Arzte in Budapest), cas de Czapodi.

490. **Souquières** (J.). — Un caso de Cysticerco no corpo vitreo. *Arch. ophlt. de Lisb.*, t. 2, n° 2, p. 12.

491. **Spernino** (F.). — Cysticerco retro retinico e suoi movimenti. *Atti della R. Accad. di Med. di Torino,* vol. 6, p. 83.

492. **Terrin** (L.). — Etude sur le Cysticerque de l'œil. *Thèse.* Montpellier.

493. **De Wecker et Landolt.** — Traité complet, t. 2, p. 572 : Corps étrangers et entozoaires de l'humeur vitrée.

494. **Handbuch der** Hautkrankheiten, Leipzig, 1884.

Année 1885

495. **Amicis** (T. de). — Tre nuovi casi di Cysticercus cellulosæ nella cute umana diagnosticati dul vivente. *Gior. internaz. d. sc. med. Napoli,* 1885, n. s. VII, 145 à 161.

496. **Bergkammer.** — Cysticercus cellulosæ beim Menschen. *Deutsche. medic. Wochenschrift,* p. 513.

497. **Budor.** — Cas de ladrerie chez l'homme. *Bullet. Soc. anat.*, p. 435.

498. **Czapodi.** — Retina allati Cysticercus. *Szemészet,* t. 3, p. 52, et *Annales d'oculistique,* p. 183.

499. **Dobrochotow.** — Subretinaler Cysticercus. *Westnik oftalm.*, n° 4.

500. **Duci** (E.). — Cisticerco sottoconjunctivale. *Gaz. d. osp. Milano,* 1885, t. VI, p. 354.

501. **Duyse** (van). — Un cas de Cysticerque du corps vitré. *Annales d'oculistique,* t. 93, p. 260 ; *Annales et Bulletin de la Société de médecine de Gand,* 51e année, et *Centralbl. f. prat. Augenheilk.*, p. 348.

502. **Graefe** (Alf.). — Communications nouvelles sur l'extraction des Cysticerques. *Annales d'oculistique,* p. 255.

503. **Graefe.** — Weitere Mittheilungen über extraction von Cysticercen. *Centralbl. für prat. Augenheilk.*, p. 451 et *Arch. für Ophthalmologie,* t. 31, pp. 32-52, 1885.

504. **Guermonprez** (Dr). — Cystic. of the Mammary Gland. *The British. Medical Journal,* t. I, p. 188.

505. **Gulliver.**— Cysticerci of Brain and Pia Mater. *British Med. Journ.*, t. II, p. 793.

506. **Haltenhoff** (de Genève). — Une extraction de Cystic. du corps vitré. Son origine. *Revue méd. de la Suisse romande,* 1885, n° 2 ; *Annales d'oculistique,* p. 236; et *Centralbl. f. prakt. Augenheilk.*, p. 160.

507. **Hirschberg.** — Uber Glaskörperoperationen. *Centralblatt für*

praktische Augenheilkunde, p. 418, et *Berl. Klin. Wochensch.*, n° 29, p. 457.

508. **Hirschberg.** — Cystic. im Auge. *Real Encyclopedie der gesammten Heilkunde par Eulenburg*, vol. 4, p. 669.

509. **Krukow (A.).** — Ein Fall von Cysticercus im Glaskörper. *Westnik oftalm. Kieff*, t. II, p. 31.

510. **Lagleyze (P.).** — Oftalmo entozoarios; Cisticerco en el vitreo. *Rev. argent. d. cien. med. Buenos-Aires*, t. II, p. 3.

511. **Manfredi.** — Un caso di Cisticerco sotto-conjunctivale. *Casmirio-Spernino Jubiläumsschrift*, p. 1.

512. **Parona.** — Hirncysticerken mit gleichzeitiger Taenia solium. *Giornal dell' Academia de Torino*, 1885-86, p. 609.

513. **Reverdin (Jacques).** — Abcès de la région deltoïdienne renfermant un Cystic. *Revue méd. de la Suisse romande*, t. 5, p. 173.

514. **Runeberg.** — Ett fall af. Cysticercus cellulosae i hyarnau. *Finska läkaresäl handl.*, vol. 26.

515. **Treitel (Th.).** — Cysticercus in der vorderen Augenkammer. *Arch. f. Augenheilkunde*, vol. 15, p. 258, et *Centralbl. f. prakt. Augenheilk.*, p. 469.

516. **Treitel (Th.).** — Bericht über 4 Operationen von Cysticercus intraocularis. *Arch. f. Augenhk.*, t. 15, p. 257.

517. **Treitel (Th.).** — Cysticercus subretinalis. *Arch. f. Augenhlk.*, t. 15, p. 260.

518. **Troisier.** — Contribution à l'histoire de la ladrerie chez l'Homme (présentation de deux malades). *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, p. 117 ; *Soc. méd. des Hôpitaux*, n° du 27 mars, et *The British Medical Journal*, t. II, p. 83.

Année 1886

519. **Braecke.** — Uber Cysticerken im 4 Ventrikel (*Thèse*). Berlin, 1886.

520. **Fieuzal.** — Un deuxième cas de Cysticerque sous-conjonctival. *Bull. de la Clin. nat. ophthal. des Quinze-Vingts*, t. 4, n° 3, p. 97.

521. **Generali (G.).** — A proposito di un caso di Cysticercus bovis. (*Rassegna di sc. med. Modena*, 1886, vol. I, pp. 218 à 221.

522. **Hannover.** — Quelques remarques sur le Cysticerque dans le cerveau de l'homme. *Compte rend. congrès internat. Copenhague.*

523. **Harrington-Dowty.** — Cysticerken im 4 Ventrikel. *Lancet*, 10 juil.

524. **Hirschberg.** — Pseudocysticercus. *Centralbl. f. Augenheilk.*, t. 10, p. 265.

525. **Landsberg (M.).** — Zur Extraktion des subretinalen Cysticercus. *Centralbl. f. pratk. Augenhkde*, t. 10, p. 129.

526. **Leber (Th.).** — Cysticercusextraktion und Cysticercusentzündung. *Arch. f. Ophthalmol.*, t. 32, pp. 281-315.

527. **Rabinowitsch** (G.). — Ein Fall von Cysticercus in der Vorderkammer. *Westn. oft. chod.* Mai-Juin, t. III, p. 196.

528. **Sodero**. — Nuove ricerche sulla forma et struttura del Cisticerco della cellulosa. *Morgagni, Napoli*, pp. 650-662.

529. **Vincentiis** (De). — Sul Cisticerco. *Ann. di ottal., Pavia*, 1886, t. XV, pp. 477 à 479.

530. **De Wecker** (L.).—Ueber Extraktion von Cysticerken. Entgegnung auf Prof. Alf. Graefe « Weitere Mitteilungen über Extraktion von Cysticerken. » *Arch. f. Ophthalm*, t. 32 (1), p. 275.

Année 1887

531. **Daubin** (A.-F.-P.). — Des Cysticerques du corps vitré et du fond de l'œil. *Thèse*. Bordeaux, 1887.

532. **Goldschmidt** (F.). — Ein freier Cysticercus im Gehirn. *Deutsches Archiv für klin. Med.*, p. 404, t. 40.

533. **Gribbohm**. — Statistik der Entozola. Kiel, 1887.

534. **Hirt** (L.). — Ein Fall von Cysticerken im Rückenmark. *Berlin. klisniche Wochenschr.*, p. 36.

535. **Hirt**. — Cysticercus racemosus nebst normalen Finnen. *Berlin. klin. Wochenschr.*, n° 3.

536. **Karewsky** (F.). — Über solitäre Cysticerken in der Haut und den Muskeln des Menschen. *Berlin. klin. Wochenschrift*, n° 31.

537. **Krabbe**. — 300 Fälle von Bandwurm. *Nordiskt. medicinskt. Arch.*, t. XXIX et *Centralbl. f. Bakt. und Parasitenk.*, t. II, p. 561.

538. **Loeb** (Julius).— Ein Fall von multiplem Cysticercus cellulosae der Haut. *Thèse*. Strasbourg, s. d. (1887).

539. **Saltiny** (G.). — Sopra un caso di Cisticerco nel vitreo. *Rassegna di scien. med. Modena*, p. 401.

540. **Saltini** (G.). — Dal Cisticerco endoculare. *Rendiconto della Soc. oftalmol. ital.*, p. 100.

541. **Tarantola** (S.). — Due casi di Cisticerco sotto-conjunctivale. *Giorn. internaz. de scienc. med.*, Napoli, t. IX, p. 398.

542. **De Vincentiis**. — Cysticerchi oculari. *Rendiconto della Soc. ottalm., ital.*, p. 41.

543. **Zehender** (W. v.). — Die paralitischen Erkrankungen des Auges (eine Bowman-Vorlesung in London). *Ophth. Review*, p. 367; *The Brit. med. Journ.*, 4 déc. 1886, et *Deutsche med. Wochenschrift*, t. XIII, n°s 50, 51.

Année 1888

544. **Blanchard** (R.).— Le Cysticercus cellulosae est la larve du Ténia solium. *Lyon médic.*, t. 57, p. 252.

545. **Bollinger** (O.)— Ueber Cystic. cellulosae im Gehirn des Menschen. *Münchner medicin. Wochensch.*, 31 juillet n° 31.

546. **Deutschmann.** — Cysticercus tæniae mediocanellatae subconjunctivalis. *Aerztl. Verein zu Hambourg.* Séance du 15 mai et *Deutsche Med. Wochenschr.* n° 44.

547. **Dufour.** — Zwei Cysticerken in einem Auge. *Revue méd. de la Suisse romande*, p. 453, et *Soc. vaudoise de Méd.* Séance du 7 juillet 1888.

548. **Engel** (E.). — Ein Fall von Cysticercus cellulosae beim Menschen als Beitrag zur Diagnostik des Cysticercus cerebri. *Prag. med. Wochenschr.*, 1888, XIII, 10 à 12.

549. **Friedrich** (Arth.). — Über die Häufigkeit von tierischen Parasiten (Darmparasiten) beim Erwachsenen. *Münch. med. Wochenschr.*, t. 34, p. 47, 48.

550. **Gavoy** (E.).—Non-identité du Cysticerque ladrique et du Tænia solium. *Lyon medical*, 1888, LVII, 115 à 118; *J. Soc. de méd. et pharm. de la Haute-Vienne*, Limoges, 1887, XI, 183 à 186; *Mém. et Bull. Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux* (1887) 1888, 533 à 539, et *J. de méd. de Bordeaux*, 1887-1888, XVII, 129.

551. **Gerhardt.** — Diagnostic intravitam ohne Autopsie. Discussion. *Berlin. Klin. Woch.*, n° 20, p. 408.

552. **Giammattei** (G.). — Cysticerchi multipli del cervello, dei muscoli e del cuore. *Morgagni*, Napoli 1888, XXX, 179 à 196. Tirage à part, Milano 1888, 20 pp. in-8.

553. **Gratia.** — Contribution à l'étude des Ténias de l'Homme ; Cysticerques du cerveau chez un enfant ; leur identité avec les Cysticerques ladriques de la viande de Porc et avec le Tænia solium. *Ann. de méd. vét. Bruxelles*, 1888, XXXVII, 237 à 244.

554. **Grossmann** (K.). — Cysticercus or Iriscyst. *Opth. Review*, n° 79, p. 129.

555. **Gussenbauer.** — Fall von solitärem Cysticercus. *Prager medicinische Wochenschrift*, p. 155.

556. **Hospital.** — Anatomie pathologique de l'épilepsie. *Ann. méd. psych.*, Juillet, pp. 21 et 26.

557. **Kahler.** — Cysticerken der Haut. *Prag. medic. Wochenschr.*, p. 155.

558. **Karewsky** (F.). — Über solitäre Cysticerken in der Haut und in den Muskeln des Menschen. *Verhandl. der Berlin. medic. Gesellsch.* (1887) 1888, t. XVIII, pp. 176 à 185.

559. **Marguet** (E.). — Kystes hydatiques des muscles volontaires, dans l'*Histoire naturelle et clinique*, Paris, 1888.

560. **Marchand** (F.). — Untersuchungen über Einheilung von Fremdkörpern. *Ziegler's Beiträge z. patholog. Anatomie und zur allgem. Pathologie*, vol. 4, livr. 1.

561. **Millard.** — Note sur un cas de ladrerie chez l'Homme. *Soc. méd. des Hôpit.* N° du 8 juin, p. 261, et *Bull. méd.*, vol. 2, p. 769.

562 **Ottava (J.).** — Cysticercus im Auge. *Szemészet*, p. 35.

563. **Pilgrim (Carl).** — Zwei Fälle von Vorkommen des Cysticercus cell. im Auge. *Thèse.* München, 1888.

564. **Stoelting.** — Entfernung eines eingekapselten Cysticercus aus dem Auge. *Archiv für Ophthalmologie*, t. XXIV (4), p. 139.

565. **Vogel (A.).** — Cysticer. im Hirn. *Münch. med. Wochenschrift*, p. 526.

566. **Wecker.** — Cysticercusblasen in den Muskeln. *Prager medicinische Wochenschrift*, p. 12.

567. **Werner (L.).** — A case of subconjunctival Cystic.; microscopic. examination of the enveloping capsule. *Trans. of the Ophth. Soc*, t. IX, p. 74.

Année 1889

568. **Albertotti.** — Contribuzione allo studio del distacco retinico per Cisticerco. *Giorn. d. R. Accad. di Torino*, p. 363.

569. **Askanazy.** — Ein wichtiger Fall von Cysticercusbildung an der Hirnbasis mit Abretiitis oblit. cerebral. Nach Prof. von Zenker ein rückgebildeter Cysticercus racemosus. *Ziegler's Beiträge z. path. Anat.*, t. VII.

570. **Baumgarten.** — Bakteriologische Arbeiten. Jena, 1889.

571. **Belakoff.** — *Bullet. Soc. psychol. de St.-Pétersbourg.*

572. **Bitot et Sabrazès.** — Hémiplégie droite. Aphasie, méningo-encéphalie. Cystic. en grappe des méninges. *Bull. Soc. anat. et physiolog. Bordeaux*, 15 avril, p. 100.

573. **Blanchard (R.).** — Traité de Zoologie médicale. Paris, 1889.

575. **Cox.** — Cystercus cellulosae of brain. *British Medic. journ.*, t. I, p. 588.

576. **Denti.** — Einige Fälle von ocularem Cysticercus. *Boll. Poliambulanza, Milano.*

577. **Deutschmann.** — Uber die Ophthalmia migratoria. Hamburg et Leipzig, 1889.

578. **Dolina (F.).** — Zur pathologischen Anatomie des intraocularen Cysticercus (*Thèse*). Königsberg 1889 et *Ziegler's Beitrag zur patholog. Anatomie u. allgem. Pathol.* vol. 5. liv. 3, p. 365.

579. **Hammer (Hans).** — Zur Casuistik der sog. freien Cysticerken in den Hirnventrikeln. *Prag. med. Wochenschr.*, n° 21.

580. **Hasner.** — Cysticerci in the Eye. *Britisch medic. journal*, t. 2, p. 1416.

581. **Herrnheisser.** — Ueber Cysticercen im Auge. *Internat. Klinische Rundschau*, n° 48.

582. **Herrnheisser** (J.). — Uber Cysticercus im Auge (1 fall v. Cyst. der Vorder-Kammer). *Prager med. Wochenschrift*, nos 49 et 51.

583. **Gonella**. — Un caso di Cisticerco nell' orbita. *Annali di ottalmia*, t. 18, fasc. 4-5, p. 372.

584. **Gunn**. — One case of subconjunctival cysticercus. *Ophth. soc. of the United Kingdom, 13 th June*; *Ophth. Review*, p. 222, et *Brit. med. Journ.*, n° 1486, p. 1405.

585. **Lancereaux**. — Les parasites de l'encéphale. Cysticerque ladrique du tissu cellulaire sous-cutané et de l'encéphale chez l'Homme. *Union méd.*, p. 63.

586. **Michael (Ivan)**. — Zur Aetiologie des Diabetes mellitus. *Deutsches Arch. für Klin. Medicin.*, t. 44, p. 596.

587. **Musillani**. — Netzhautablœsung durch Cysticercus. *Sicilia medica*. Fasc. 7.

588. **Nabias et W. Dubreuilh**. — Deux cas de Cysticerques en grappe dans les méninges; Cysticercus bovis chez l'Homme. *Bulletin de la société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux*, n° du 12 août, p. 156.

589. **Ostertag** (R.). — Uber das Absterben der Cysticerken. *Monatsh. f. prakt. Thierh.* Stuttgart, 1889-90, t. I, pp. 253 à 259.

590. **Przybylsky** (J.). — Fall von einem Parasiten im Glaskörper. Entozoon corporis vitrei. *Tagebl. d.* III. *Kongr. der russ. Aerzte*, p. 224 et *Westnik oftalm.*, 1889, vol. I, p. 67.

591. **Robinson** (H. B.). — A Cysticercus cellulosae from Human Muscle. *Brit. Med. Journ.*, t. I, p. 1005, et *Trans. pathol.* Soc. London, t. XL, p. 388.

592. **Romiée**. — Note sur un cas de Cysticerque dans le corps vitré. *Bullet. de l'Acad. roy. de Belgique*, p. 335.

593. **Schroeder** (v.) et **W. Westphalen**. — Ein teilweise resorbierter Cysticercus in einer tuberculösen Neubildung im Innern des Auges. *Arch. f. Ophthalm.*, t. XXV (3), p. 97.

594. **Stœlting**. — Beitrag zur Lehre von der Extraktion intraocularer Cysticerken. *Berlin. Klin. Wochenschr.*, t. XXVI, n° 42, p. 915.

595. **De Vincentiis** (C.). — Nuove osservazioni sui cisticerchi intra et extra oculari. *Ann. di Ottalm* , t. XVIII, p. 382 et *Arch. f. Augenhkde*, t. XXI, p. 520.

596 **Wecker** (de) et **Landolt**.— Hydatides (Cysticerque, Echinocoque). Traité d'ophthalmologie, t. IV, p. 829.

Année 1890

597. **Aran**. — *Gaz. méd.*, Paris 1890, p. 344.

598 **Bitot et Sabrazès**. — Étude sur les Cystic. en grappe de l'encéphale et de la moelle chez l'Homme. *Gaz. méd.* Paris, pp. 313 et 377.

599. **Blanchard** (R.). — Les animaux parasites introduits par l'eau dans l'organisme. *Revue d'hygiène*, t. XII, pp. 828-870 et 923-969, 1890; *Bulletin de la Société de médecine pratique et d'hygiène professionnelle*, t. XIII, pp. 238-326, 1890.

600. **Blessig** (C.). — Zur Casuistik der subconjunctivalen Cysticerken. *St.-Petersburg. medicin. Wochenschr.*, t. VII, p. 357.

601. **Blessig** (E.). — Kasuistike Cysticercow podsojedinitelη. obolotchkoj. *Westnik Ophthalm.*, p. 321.

602. **Chabrely**. — Epilepsie partielle. Foyers de ramolliss. multiples. Cystic. en grappe des méninges. *Gaz. méd.*, Paris 1890, p. 354, et *Bull. de la Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux*, 8 avril 1889.

603. **Crety** (C.). — Sopra alcuni Cisticerchi di una foca (Monachus albiventer Gray). *Boll. di Soc. di nat. in Napoli*, 1890, IV, 106 à 108

604. **Gast** (R.). — Zur Casuistik des Cysticercus intraocularis. *Klin. Monatsbl. für Augenheilk.* T. 28, p. 10.

605. **Gursky**. — Ein Fall von solitaerem Cysticercus der Regio cervicalis. *Thèse*. Greifswald, 1890, 33 p. in-8.

606. **Haugg** (Franz). — Uber den Cysticercus cellulosae des Menschen. *Thèse*. Erlangen, 1890.

607. **Laboulbène** (A.). — Observations sur les Cysticerques du Tænia saginata ou inermis humain dans les muscles du veau et du bœuf. *Bull. Acad. de méd.* Paris, 1890, 3e s., XXIV, p. 7 à 9.

608. **Magawly** (comte J.). — Ein Fall von Cysticercus im Glaskœrper (*en russe*). *Westnik optalm.*, t. VII (1), p. 13, et *St-Petersb. Wochenschr.*, p. 93.

609. **Ostertag**. — Zur Diagnostik der abgestorbenen Finnen. *Centralbl. f. Bacteriol. u. Parasitenk.* Iéna, 1890, p. 537.

610. **Schleich**. — Cysticercus cellulosae. *Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde*, p. 502.

611. **Schleich** (G.). — Ein Fall von Cysticercus cell. subretinalis. *Med. Korresp. Blatt. des Württemb. arztl. Landesvereins*, t. 60, no 22.

612. **Schroeder**. — Ein theilweise resorbiter Cysticercus in einer tuberculösen Neubildung im Innern des Auges. *Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, t. 28, p. 16.

613. **Szczypiorski**. — Les entozoaires de l'encéphale. (*Thèse*). Paris, 1890, p. 68-74.

614. **Treitel** (Th.). — Ein Fall von erfolgreicher Extraction eines Cysticercus aus dem Glaskörper unter Leitung des Augenspiegels. *Arch. f. Augenheilk*, vol. 21 (3), p. 269, et *Arch. f. Ophthalm.*, p. 207.

615. **Vossius** (A.). — Eine Cysticercusoperation. *Berl. klin. Wochenschrift*, t. 27 (1).

Année 1891

616. **Beccaria**. — Brevi cenni sopra due casi di cistecerco retroretinico. *Annal. di Oftalmia*, t. 20, p. 89; et *Centralblatt für prakt. Augenheilk.*, p. 467 (?).

617. **Bergé**. — Un cas de ladrerie chez l'Homme. Cysticerques dans le cerveau, les poumons, le cœur, le foie, le pancréas. Cœxistence d'un ténia intestinal Glycosurie. *Bull. soc. anat.*, n° 12, p. 306.

618. **Bitot et Sabrazès**. — Cysticerques en grappe de l'encéphale et de la moelle chez l'Homme. *Gaz. méd. de Paris*, 1890, n°s 27 à 34, et *Centralbl. f. Bacteriolog.*, n°s 18 et 19.

619. **Blessig (E.)**. - Zur Casuistik der subconjunctivalen Cysticercen. *Centralb. f. prakt. Augenheilk.*, p. 531.

620. **Chibret**. — De l'aspiration appliquée à l'extraction du Cysticerque du corps vitré. *Soc. d'Ophthalm. de Paris.* N° du 6 janv. et *Centralblatt für prakt. Augenheilk.*, p. 47.

621. **Cofler**. — Contribuzioni allo studio del Cisticerco oculare con speciale riflesso all' estrazione di quello intraoculare. *Annal. di Otlalm.*, t. XX (3), p. 186.

622. **Denti**. — Drei Fälle von ocular. Cysticercus (I Fall von Cystic. subconj.). *Boll. della Poliambulanza*, Milano ; et *Centralblatt für prakt. Augenheilk.*, p. 469.

623 **Galezowski et Chibret**. — De l'aspiration appliquée à l'extraction du Cysticerque du corps vitré. *Bull. méd.*, t. V, p. 53.

624. **Gradenigo**. — Zwei Cysticercen hinter der Linse. *Centralbl. für prakt. Augenheilk.*, p. 467.

625. **Graefe (Alb.)**. — Uber das Vorkommen von Cysticerken im Auge u. deren operative Behandlung. Verhandlungen deutscher Naturforscher und Arzte zu Halle, 1891. *Centralbl. f. prakt. Augenheilk.*, pp. 362-366.

626. **Huber (Dr J.-Cb.)**. — Cysticercus cellulosae Rud. *Bibliographie der Klinischen Helminthologie*, München, 1891 et 1892.

627. **James (Israël)**. — Abcès musculaire à Cysticerque. *Bull. Méd.*, t. V, p. 286.

628. **Leber**. — Uber die Entstehung der Entzündung und die Wirkung der entzündungserregenden Schädlichkeiten, etc. Leipzig, 1891.

629. **Melnikoff-Raswednikoff**.— Cysticerques dans le cœur de l'Homme. *Revue de médecine russe*, n° 15, p. 259.

630. **Osler**. — Case of multiple Cysticerc. *John Hopkins hospital Bull.*, t. II, n° 12, p. 61.

631. **Richter (Max)**. — Uber einen Fall von racemosen Cysticerken in den innern Meningen des Gehirns und Rückenmarks. *Prag. med. Wochenscrift*, n° 16.

632. **Salzmann** (Max). — Eine Beobachtung früher Entwicklungsstufen des subretinalen Cysticercus. *Klin. Mon. Bl. f. Augenhlkde*, t 29, pp. 302, 306, avec illustr. et *Centralbl. für prakt. Augenheilk.*, p. 426.

633. **Stéfani.** — La ladrerie chez l'Homme. *Thèse de Montpellier.*

634. **Szczypiorski.** — Des entozoaires de l'encéphale. *Thèse*, Paris, 1891, 106 pp. in-4°.

635. **Treitel.** — Ein Fall von erfolgreicher Extraction eines Cysticercus aus dem Glaskörper unter Leitung des Augenspiegels. *Centralbl. für prakt. Augenheilk.* p. 478.

636. **Wagenmann.** — Ueber das Vorkommen von Riesenzellen und eitriger Exsudation in der Umgebung des intraocularen Cysticercus. *Arch. f. Ophthalm.*, t. 37 (3), p. 125.

Année 1892

637. **Bérenger-Férand.** — Ladrerie chez l'Homme. *Ann. d'hygiène publ. et de médec. lég.*, pp. 481 à 516.

638. **Colin** (d'Alfort). — Sur les Ténias et les Cysticercoses. *Semaine méd.*, t. XII, p. 111.

639. **Fick** (A. E.). — Ein Fall von Cysticercus im Glaskörper durch Operation entfernt. *Correspondenz-Bl. f. Schweizer Aerzte*, pp. 279 et 350.

640. **Graefe** (Alf.). — Extraction zweier Cysticerken aus einem Auge. *Klinische Monatsbl. für Augenheilk.*, p. 297.

641. **Hirschberg.** — Uber die Finnenkrankheiten des menschl. Auges. *Berlin. Klin. Wochenschr.*, t. XXIX, pp. 325 et 359.

642. **Hirschberg.** — Bemerkungen über die Finnenkrankheit des Auges. *Berliner Klin. Wochenschr.*, p. 341.

643. **Hirschberg.** — Cystic. du globe oculaire. *Bull. médic.*, p. 249.

644. **Huber.** — Bibliographie der Klin. Helminthologie : *Die Darmcestoden des Menschen*, München, 1892, fasc. 3, 4.

645. **Keller.** — Uber Cysticercus im Gehirn des Menschen (*Thèse*). Bonn, 1892.

646. **Lewin.** — Differencialdiagnose zwischen Cysticercus cellulosæ und Gummata. *Berliner Klinische Wochenschr.*, p. 857.

647. **Kudriashev.** — Sur les Cystic. sous-cutanés. *Vratch*, n° 34.

648. **Perrin.** — De la ladrerie chez l'Homme. *Internat. dermatol. Congr. Ber. über die Verhandlungen* 1892, Wien et Leipzig, 1893, 443 à 453, et *Soc. méd.*, t. 12, p. 388.

649. **Prager** (Karl). — Ein Fall von Cystic. cell. in der vorderen Augenkammer. *Wiener Klin. Wochenschr.*, p. 209.

650. **Pye-Smith** (P.-H.). — Case of multiple Cysticercus of the subcutaneous tissues. *Brit. journal of dermatol.*, p. 366.

652. **Seyfert** (R.). — Beiträge zur Operation des interocularen Cysticercus. *Thèse.* Leipzig, 1892 et *Arch. f. Ophthalm.*, t. XXXVIII (2), p. 112.

653. **Villot** (A). — Encore un mot sur la classification des Cysticerques. *Zoologischer Anzeiger*, Leipzig, t. XV, pp. 210 à 212.

654. **Zirm** (E.). — Ueber die in einem Falle von subretinalem Cysticercus durch denselben hervorgerufenen frühzeitigen Veränderungen. *Klin. Mon.-Bl. f. Augenhkde*, t. XXX, p. 25.

Année 1893

655. **Gaches-Sarraute** (Mme.). — Deux cas de ladrerie généralisée chez l'Homme *Semaine médicale*, XIII, p. 387.

656. **Graefe** (Alf.). — Weitere Notiz, die Extraktion zweier Cysticerken betreffend. *Klin. Mon.-Bl. f. Augenheilk*, XXXVI, t. 36, p. 261.

657. **Hirschberg.** — Cysticercus des Augenhintergrundes. *Berlin. Klin. Wochenschr.*, n° 17, p. 415.

658. **Hirschberg.** — Ein Fall von Finnenkrankheit des menschlichen Augapfels. *Berlin. klin. Wochenschrift*, n° 22, p. 518.

659. **Hirschberg.** — Sur un cas de ladrerie oculaire. *Semaine médicale*, p. 215.

660. **Hirschberg.** — Ueber den schlauchartig eingekapselten Cysticercus des Glaskörpers. *Centralbl. f. prakt. Augenheilk.*, p. 135.

661. **Hirschberg.** — Ein Fall von Finnenkrankheit des menschlichen Augapfels. *Centralbl. f. prakt. Augenheilk.*, p. 171.

662. **Krailsheimer.** — Ein Fall von Cysticercus subconjunctivalis. *Med. Corr. Blatt. des württemberg. Aerztl. Landesvereins*, t. LXIII, n° 16, p. 125.

663. **Küdriashev** (A.-I.). — Cysticerques sous-cutanés. Tsistotserki podkozhnoï Klietchatki. *Vrach. St. Petersb.*, t. XXXIV, pp. 940 à 942.

664. **Meyer** (Ed.). — Ténonite séreuse causée par un Cysticerque. *Revue génér. d'Ophthalm.*, p 157 ; *Ann. d'oculist.*, t. CIX, p. 275, et *Centralbl. f. prakt. Augenheilk.*, Leipzig, 1893, p. 252.

666. **Mitvalsky.** — Erfahrungen über Augencysticerken in Böhmen. *Centralbl. f. prakt. Augenhk* , pp 198 et 201.

667. **Moser** (William). — Cysticercus cellulosae. *Medical Record*, p. 358.

668. **Remmert** (Adalbert). — Cysticercus cellulosae. *Thèse*, Berlin, 1893.

669. **Sgrosso** (P). — Ténonite partielle suppurée à la suite d'un Cysticerque ; ténonite expérimentale. *Revue génér. d'ophthalm.*. n° 8 ; *Recueil d'ophthalm.*, t. XII, p. 337, et *Centralbl. f. prakt. Augenheilk.*, p. 452.

670. **Schöbl.** — Cysticercus subretinalis triplex. Eine vorläufige Mitteilung. *Centralbl. f. prakt Augenhkde*, t. 17, p. 101.

671. **Warnecke** (Georg). — Beitrag zur Operation u. patholog. Anatomie des Cysticercus intraocularis. *Thèse.* Göttingen, Vandenhoeck und Ruprecht, 1893.

Année 1894

672. **Braun** (M.). — Cysticercus tenuicollis Rud. und Cystic. acanthotrias Weinl. beim Menschen. *Centralbl. f. Bakteriol. u. Parasitenk.* Iéna, 1894, XV, 409 à 413.

673. **Cheatham.** — A case of cysticercus of the vitreous. *Ann. of Ophth. and Otol.*, t. 3 (2), p 129.

674. **Frenkel.** (H.). — Sur le passage des microbes à travers la membrane propre des Cysticerques. *Compte-rendu Soc. de biol.* Paris, 1894, 10e s., 735 à 737.

675. **Juda** (M.) — Un cas de cysticerque sous-conjonctival. VIe session semestr., tenue à Utrecht le 16 déc. 1894 : *Ann. d'ocul.*, t. 113, p. 197 et *Arch. d'ophtalmolog.* t. 15, p 523.

676. **Kaelin.** — Extraktion eines Cysticercus aus dem Glaskörper. *Siebenter Jahresbericht des Theodosianum in Zürich*, p. 3.

677. **Lewin** (G.). — Ueber Cystycerkus cellulosae in der Haut des Menschen. *Archiv für Dermatologie und Syphilis.*

678. **Meyer** (R.). — Ueber den Cysticercus cellulosæ des Gehirns. *Thèse.* Göttingen, 1894.

679. **Mosler** et **Peiper**. — Tierische Parasiten, vol. 6 dans la *Spec. Pathologie u. Therapie v. Nothnagel.* Wien, 1894.

680. **Pincus** (F.) — Anatomischer Befund von zwei sympathisierenden Augen, darunter eines mit Cysticercus intraocularis. *Arch. f. Ophthalmologie*, t. 40 (4), p. 231.

681. **De Vincentiis** (C.). — Tenonite parziale suppurata di Cysticerco. *Boll. d. Clin. Milano*, t. 11, p. 251.

682. **Woodruff** (F. A.). — A dead Cysticercus cell. subretinalis. *Ann. of Ophthalm. and Otology*, t. 3 (2), p. 132.

Année 1895

683. **Badal.** — Sur un cas de Cysticerque de l'orbite. *Gaz. hebdomad. sciences médic. Bordeaux*, p. 314, et *Arch. d'ophthal.*, XVI, p. 6 (par Fromaget).

684. **Blanchard** (R.). — Parasites animaux, dans le *Traité de Pathologie générale* de Ch. Bouchard, Paris, 1895, t. II.

685. **Bovero** (Rinaldo). — Cysticercus cellulosae dei muscoli superficiali. *Giornale della Accademia di medicina di Torino*, p. 656.

686. **Braun.** — Die tierischen Parasiten des Menschen. Würzburg, 1895.

687. **Broïdo**. — L'helminthiase en Russie. *Gaz. hebdom. de médec.*, pp. 62 à 66.

688. **Darier.** — Un cas de ladrerie. *Ann. de dermatol. et syphiligr.*, n° 6 du 14 nov.

689. **Firket**. — Un cas de Cystic. racémeux de la paroi du cœur. *Bull. Acad. roy. de médec. de Belgique*, p. 394, et *Soc. méd.*, vol. 15, p. 152.

690. **Krückmann**. — Uber Fremdkörpertuberculose und Fremdkörperriesenzellen. E. Riesenzellenbildung um tierische Parasiten. *Virch. Arch.*, vol. 138, p. 118.

691. **Lecomte**. — Cysticerques de l'orbite. *Thèse*. Bordeaux, 1895.

692. **Sasson** (Alcalai). – Ein Fall von Cysticerkus des Auges, Gehirns, und Rückenmarkes. *Thèse*. Berlin 1895.

693. **Schirmer** (O.). — Cysticercus im Glaskörper. Dans la *Thèse* de R. Wagner, 1895, Greifswald.

694. **Stieda**. — Casuistische Beitrag zur Pathologie des 4ten Ventrikel. *Festschrift für Thierfelder*, Leipzig 1895.

695. **Talko** (J.). — Cysticer. cellul. subjonct. *Nowiny Lekarskie*, n° 5.

696. **De Vincentiis** (C.). — Extrazione di un corpo dell' ochio, della parvenze di un cisticerco subretinico. *Lavori della clin. ocul. della R. Univ. di Napoli*, vol. 4, fasc. 2, p. 189.

697. **Walcker** (H.). — Cysticercus of the conjunctiva. *Transactions of the ophth. Soc. of the United Kingd*, n° 16, p. 45, London et *Ophthalm. Review*, p. 189

698. **Wagner** (R.).— Ueber das Vorkommen des Cysticercus im menschl. Auge, seine Operation und Heilerfolge. *Thèse*. Greifswald, 1895.

699. **Wille** (Karl). — Ueber Cysticerken im vierten Hirnventrikel. *Thèse*. Halle, 1895.

Année 1896

700. **Braun** (M.). — Ein proliferieren der Cysticercus und die zugehörige Tänie. *Centralbl. f. Bakteriol.*, 1. Abth., Jena, 1896, t. XX, pp. 580 à 588.

701. **Bundzo-Asakura**, médecin de Tokio (Japon). — Ueber Cysticerken im Aquaeductus Sylvii. *Thèse*. Université de Freiburg im Breisgau, 1896.

702. **Dor** (H.). — Cysticerque dans le corps vitré. *Soc. des Sciences méd. de Lyon*, séance de janv. 1896 et *Annal. d'oculistique*, t. 115, p. 225.

703. **Hanus**. — Cystic. sous-conjonctival. *Thèse*. Nancy, 1896

704. **Heldmann** (Rud.). — Ein Fall von Cysticercus subretinalis unter dem Bilde eines intraocularen Tumors (mit anatomischem Befund). *Thèse*. Halle a. S. 1896.

705. **Hill-Griffith**. — Some Cases of intra-ocular Cysticercus and one case of intra-ocular hydatid. *Transact. Opt. Soc. of the United Kingdom*, vol. 17, p. 220 et *Ann. d'oculist.*, t. CXVI, p. 446.

706. **Linsemann** (Dr). — Blasenwürmer im Herzen. *Centralbl. für Bakteriologie*, etc. Iéna.

707. **Moritz** (D[r]). — Zur Diagnose von Cysticerken im Gehirn. *Saint-Petersburger medicin. Wochenschrift*, n° du 31 mars.

708. **Pergens** (Ed.). — Fall von doppeltem Cysticercus in einem Auge. *Klin. Mon.-Bl.*, p 434.

709. **Railliet**. — Un cas de ladrerie du Chien d'origine humaine. *Revue scientif.*, t. 1, p. 151.

710. **Sandor** (Vas.). — Cysticercus subconjonct. *Szémészet* n° 1.

711. **Sgrosso** (P.). — Di un Cisticerco tra la retina e la ialoidea. *Lavori della clinica oculista della R. Univ. di Napoli*, vol. 4, fasc. 4, p. 308.

712. **De Vincentiis** (C.). — Cisticerco mostruoso apparentemente allogato sotto un distacco retinico con vasta lacerazione. *Lavori della clin. ocul. della R. Univ. di Napoli*, vol. 4, fasc. 4, p. 333.

713. **De Vincentiis** (C.). — In proposito del Cisticerco nel vitreo riferito dal. Dott. Sgrosso. *Lav. d. clin. ocul. d. R. Univ. di Napoli*, vol. 4, fasc. 4, p. 312.

Année 1897

714. **Calandruccio**. — Processo pratico per rendere innocule la carne di maiale panicata. *Bullettino dell' Academia Gioenia di Scienze Naturali in Catania*, mai 1897.

715. **Chailan**.— Un cas de Cysticerque sous-rétinien. *Marseille médical*

716. **Gabory**. — Etude de la ladrerie chez l'Homme. *Thèse*, Paris 1897.

718. **Gallemaerts**. — Sur un cas de Cysticerque sous-conjonctival. *Bull. de l'Acad. roy. méd. de Belgique*.

719. **Gianni**. — Contributo clinico ad anatomio allo studio del Cisticerco del cervello umano. *Riv. di Frematria*.

720. **Grancher** (G.). — Helminthes annelés (*Ténias*) dans le *Traité des maladies de l'enfance*, t. 2, p. 670.

721. **Hirsch** (Camille). — Ein Fall von subconj. sitzendem Cysticercus. *Prager med. Wochenschr.*, t. XXII, n[os] 19 et 20.

722. **Kahlden**. — Ueber Wucherungsvorgänge am Ependymepittel bei Gegenwart von Cysticerken. *Centralbl. für allgem. Pathologie, Iena*, t. VIII, p. 959, et *Beiträge zur patholog. Anatomie, Iena*, t. XXI, p. 297.

723. **Krakow**. — Cysticercus im Glaskörper. *Moskauer ophth. Ges.* Séance du 8 nov.; et *Ophth. Klink.*, t. II, n° 1, p. 13.

724. **Kratter et Böhmig**.— Ein freier Gehirncystic. als Ursache plötzlichen Todes. *Centralbl. für allg. Patholog.*, t. 8, p. 959, et *Beiträge zur patholog. Anatomie*, t, 21, p. 25 à 42.

725. **Kuss** (M.).— Diagnostico de la cisticercosis en la especie humana. *Arch. de la Policlin.*, Habana, 1897, 51 á 58.

726. **Mennicke** (A.). — Uber zwei Fälle von Cystic. racem. *Centralbl. für allg. Patholog*, t. 8, et *Beiträge zur patholog. Anat.*, p. 243 à 263.

727. Monnier (A.). — Cysticerque du front, simulant une loupe. *Bull. Soc. anat. de Paris*, 1897, LXXII, 558.

728. Nuel. — Cysticerque sous-conj. *Acad. méd. de Belgique*. Séance du 31 juillet et *Ann. d'oculistique*, t. 118, p. 215.

729. Peschel (M.). — Occhio enucleato con distacco totale della retina in seguito all'immigrazione d'un cisticerco. *Giornale di R. Accad. di med. di Torino*, 26 nov.; *Riforma medica*, t. 4, p. 677, et *Nagelsi Jahresber.*, p. 204.

730. Petit (A.). — Coexistence de Cysticerque et d'un Taenia armé. *Bull. Soc. méd. des Hôpitaux*, n° du 26 février.

731. Piccoli. — Cisti dell' orbita da Cisticerco. Contribuzione clinica et anatomo-patologica. *Lavori della oculistica della R. Univ. di Napoli*, vol. 5, fasc. 1, p. 100.

732. Köhler.— Zwei Fälle von Cysticercus cellulosae im 4ten Ventrikel. *Centralbl. f. allgem. Pathol.*, etc., t. VIII, p. 958.

733. Thibièrge et Ravaut. — Ladrerie olygocystique avec Taenia. *Bull. Soc. méd. des Hôpit.*, n° du 26 Février.

734. Zemyanski (V.-K.). — Sluchai mozhestvennago tsitsitserka koshi i mishts. *Khirurgia*, Moscou, t. II, pp. 3 à 10.

Année 1898

735. Galli-Valerio (Bruno).— Notes helminthologiques et bactériologiques. *Centralb. f. Bacteriol.*, *Parasitenk. und Infectionskrankh.*, t. 28, (1), n° 21.

736. Lütkewitsch. — Drei Fälle von subretinalen Cysticercus cellulosæ. *Wratsch*, n° 12, p. 344.

737. Pförringer. — Plötzlicher Tod durch einen freien Hirn Cysticercus. *Fortschritte der Medicin*, vol. 16, n° du 1er juin.

738. Verdun (P.) et Iversens. — Note sur un cas de Cysticerque du ventricule latéral gauche. *Archives de Parasitologie*, t. 1, n° 2, p. 330.

Année 1899

739. Auscher. — Étude inédite de l'hôpital Tenon. Juin 1899. Obs. 1, p. 110.

740. De Berardinis. — Contributo anatomo-patologico e clinico su Cisticerchi endoculari. *Annali di oltalmologia*, t. XXXVIII, 1899, p. 349.

741. Czyhlarz (Dr E. von). — Ein Fall von Cysticercus im vierten Gehirnventrikel. *Wien. Klin. Rundschau*, n° 38, p. 652.

742. Franz (Dr). — Cysticercus cellulosae. *Wien. Klin. Rundschau*, p. 1321.

743. Gallenga. — Communicazione di una caso di Cisticerco intraretinico. *Annali di Oltalmologia*, p. 76.

744. **Goodliff.** — A case of Cysticercus cellulosae. *The Lancet*, p. 1282.

745. **Kraemer** (Dr A.). — Die tierischen Schmarotzer des Auges dans *Graefe-Saemisch* : Handbuch der gesamten Augenheilkunde. Leipzig, 1899, Engelmann, 182 pp. in-8°.

746. **Nohl** (V.). — Ein Fall von Cysticercus im vierten Ventrikel. *Thèse*. Breslau, 1899, 14 pp. in-8°.

747. **Posselt.** — Ein Beitrag zur Lehre von der multiplen Cysticerkose. *Wiener Klinische Wochenschrift*, p. 422.

748. **Roth** et **Iwanov**. — Cysticerques du cerveau. *Méd. mod.*, p. 566.

749. **Scimemi.** — Cisticerco subretinico. *Annali di ottalmologia*, n° 28.

750. **Vincentiis** (de). — Di un Cisticerco nel vitreo. La elettricita nella diagnosi di un Cisticerco subretinico estratto dalla sclera. Cisticerco endooculare. *Annali di ottalmologia*, p. 74, pp. 5 et 191.

751. **Waele** (H. de). — Remarques sur un cas de Cysticerque du cerveau. *Annales de la Soc. de médec. de Gand.*

752. **Williams** (D. J.). — Cysticercus of the Brain ; Cysticercus of the Heart and other Organs. *Brit. medic. journ*, p. 143.

Année 1900

753. **Achard** (Ch.) et **Loeper**. — Un cas de ladrerie humaine avec éosinophilie. *Bull. et Mém. Soc. méd. des hôpitaux de Paris*, 13 juil. 1900.

754. **Huber** (J. Ch.). — Zur Geschichte der Pseudocysticercose. *Centralbl. für Bacteriol. und Parasitenkunde*. Jena, t. 28, p. 595.

755. **Martinotti** (C.) et **Tirelli** (V.). — Due casi di Cisticerchi del cervello. *Riforma med.*, nos 90 à 92, pp. 172, 183, 195.

756. **Parona** (Dr E.). — Caso di Cysticercus cell. (Rudolphi) molteplice intracranico. *Rivista crit. di clinica medica*. Firenze, t. 1, nos 11-12, et *Archives de Parasitologie*, t. 3, p. 354.

Année 1901

757. **Blanchard** (R.) — Du rôle des eaux et des légumes dans l'étiologie de l'helminthiase intestinale. Rapport présenté au Xme Congrès international d'hygiène et de démographie, 1900. *Comptes-rendus du Congrès*, p. 51-56, 1901.

757bis. **Guiart** (J.). — Parasitologie pratique : Le Ver solitaire. *Bull. des Sc. pharm.*, IV, janvier, avril et septembre 1901.

758. **Limasset.** — Essai sur l'éosinophilie dans le parasitisme vermineux chez l'Homme. *Thèse de Paris*, 27 novembre 1901.

759. — **Levi** (L.). et **Lemaire** (L.). — Un cas de ladrerie cérébrale. *Nouvellle Iconographie de la Salpêtrière*, n° 1, p. 32.

760. **Marie** (P.) et **Guillain** (G.). — Ladrerie généralisée. *Presse médicale*, n° 92 du 16 novembre 1901, p. 152.

761 **Chiron de Brossay** (René). — Contribution à l'étude des kystes à entozoaires de l'orbite. *Thèse* de Paris, 0 mai 1901.

762. **Rizzo** (Agostino). — Un caso di Cisticercosi cerebrale multipla. Estratto dalla *Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche*, n° 84, anno 1901.

Année 1902

763. **Neveu-Lemaire** (M.). — Précis de Parasitologie animale. Paris, 1902, p. 39 et 41.

NOMS DES AUTEURS

Lille. — Imp. Le Bigot frères

LADRERIE OU CYSTICERCOSE

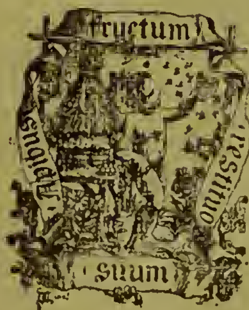
CHEZ L'HOMME

PAR

MADEMOISELLE ÉLISE VOLOVATZ

Docteur en médecine de la Faculté de Paris,
Ancienne externe des Hôpitaux,
Médaille de bronze de l'Assistance publique.

Avec 9 figures dans le texte.



PARIS
SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES ET LITTÉRAIRES
F. R. DE RUDEVAL ET Cie
4, RUE ANTOINE DUBOIS (VIe)

1902

LILLE — LE BIGOT FRÈRES, IMPRIMEURS-ÉDITEURS


LONDON SCHOOL OF HYGIENE
LIBRARY
-8 DEC 1949
AND TROPICAL MEDICINE